

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION DE ROUGE
ET DE SES INDICATIONS

Par le Dr **L. BATUT** (de Toulouse), médecin major de 2^{me} classe
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.

I

Nous savons, par les observations répétées, par les coupes anatomiques sur des sujets congelés, que les cavités des fosses nasales se divisent en deux parties, l'une supérieure, olfactive, l'autre inférieure, respiratoire : la première, très développée chez l'enfant nouveau-né, n'a tout d'abord qu'un rôle respiratoire ; en même temps que les cavités accessoires se développent, elle se rétrécit, et insensiblement joue son rôle dans le sens de l'olfaction ; la partie inférieure, très étroite au début, s'élargit à son tour et supplante, chez l'adulte, la précédente dans l'acte de la respiration.

Jusqu'à la fin de l'adolescence, la partie postérieure des fosses nasales, inaccessible ou peu accessible à la vue, est sujette à des productions multiples qui appellent l'intervention ; nous voulons parler des végétations adénoïdes et des polypes fibreux naso-pharyngiens ; vers la crise de la puberté, ces polypes peuvent se multiplier, mais leurs points d'attache sont l'apophyse basilaire, le méat supérieur, l'ethmoïde et le cornet moyen, ainsi que l'hiatus semi-lunaire ; en somme, c'est l'étage supérieur du nez, l'étage olfactif qui est envahi ; le plan inférieur, plus accessible, ne présente pathologiquement que

quelques lésions ulcéreuses du cornet inférieur, du méat moyen en avant, des déviations de la cloison et quelques ulcères perforants. Chez l'enfant et l'adolescent nous aurons donc surtout affaire à des lésions de l'étage supérieur ou de la partie postérieure, régions difficiles à atteindre ; chez l'adulte, l'étage inférieur intéressé permettra une intervention facile.

Est-ce à dire que l'étage supérieur ne puisse être intéressé chez l'adulte ? Nous n'irons pas jusque-là et nos observations se rattachent pour la plupart à des adultes atteints dans ces régions élevées ; nous savons, en outre, que certains polypes difficilement abordables y ont leur point de départ, mais à l'âge adulte, ils sont toujours un reliquat de l'enfance et s'atrophient d'eux-mêmes, surtout chez les femmes. Quoi qu'il en soit, lorsqu'une affection de cette nature siège à la base de l'ethmoïde, sur le cornet supérieur ou sur l'apophyse basilaire, en un mot dans l'étage supérieur des fosses nasales, un seul procédé opératoire est applicable pour arriver jusqu'à la lésion, et la mettre bien à découvert, c'est l'ostéotomie verticale linéaire ou méthode d'Ollier (1866 et 1867). Nous lui réservons non seulement les gros polypes naso-pharyngiens implantés en haut et en arrière, mais les séquestres, syphilitiques ou tuberculeux, de l'ethmoïde ou du sphénoïde dont la littérature contemporaine contient quelques exemples. C'est, dans ces cas, une intervention de grande chirurgie.

L'étage inférieur et la partie antérieure des fosses nasales, sont plus facilement accessibles et pour les affections de ces régions s'est exercée l'habileté manuelle des rhinologistes et leur esprit d'invention instrumentale (serre-nœuds divers, sondes, anses galvaniques) ; leur but principal semble avoir été l'intervention par les voies naturelles, en évitant une opération préliminaire mettant à nu les cavités nasales. C'est à cette région anatomique que nous désirons appliquer, en en justifiant l'emploi rationnel, l'opération de Rouge, qui est, à notre avis, la plus bénigne et la plus profitable de ces interventions préliminaires.

Nous rappellerons ici que ces opérations préliminaires se divisent en opérations : 1° nasales, 2° maxillaires, 3° palatines.

Parmi les opérations nasales, on doit citer celles de Dupuy-

tren (1833), Langenbeck, Mac Cormac (1873), Chassaignac, Ollier (1866) déjà cité, Lawrence (1862), enfin Palascienciano et Rampolletta (1860, perforation de l'unguis).

Les opérations maxillaires comprennent des résections totales ou partielles, permanentes ou temporaires. On peut signaler le procédé de William Fergusson avec l'emploi de son bon forceps (1872), celui de Huguenieguier décrit tout au long par Morell-Mackenzie. (Traité pratique des maladies du nez, 1887, p. 407), celui de Cheever (résection temporaire des deux maxillaires supérieurs 1874), enfin un cas unique d'Ollier (résection temporaire d'un maxillaire néoformé 1867).

Dans les procédés par la voie palatine, on doit relever celui de Marme, Petit (1731), Morand, Nannioni, Ausiaux, Dieffenbach, Jobert (1858), Maisonneuve (1859), (procédé de la boutonnière palatine), Bégin et surtout Nélaton (thèse de Potrel, 1850).

Le danger de ces diverses opérations préliminaires, que l'on peut d'ailleurs combiner entre elles, est surtout l'hémorrhagie que Spillmann s'est attaché à combattre (Dict. encyclop. des Sciences Médicales t. XIII) ; chacune d'elles a eu des malheurs à enregistrer.

L'opération de Rouge, que l'on peut ranger dans les opérations par la voie nasale, a été proposée par son auteur en 1873, en vue du traitement chirurgical de l'ozène. Dans son mémoire il donne 9 observations de malades chez lesquels il a eu à intervenir, et s'il a un décès à déplorer il est indépendant de la méthode et dû à une complication inattendue. En 1878, au Congrès médical international de Genève, le chirurgien de Lausanne revient sur son opération et déclare avoir eu l'occasion de l'appliquer sur 60 malades, attirés par l'espérance de voir leur infirmité, jusque-là incurable, céder à un traitement chirurgical nouveau et qui s'annonçait comme sans gravité. Il y avait toutefois un nouveau décès à relever dans ces 60 cas, mais, cette fois encore, on pouvait l'expliquer sans l'imputer à la méthode ou à l'opérateur.

Cette communication en langue française n'a pas eu le retentissement qu'elle méritait, et si Ollier cite l'opération de Rouge dans son Traité des résections (T. II), Follin et Duplay

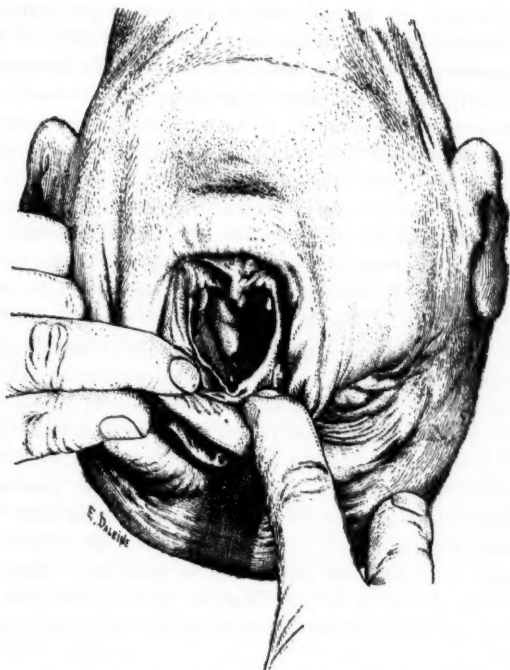
la passent sous silence, ainsi que Gérard-Marchant (*Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. IV. 1892); nos recueils spéciaux ne mentionnent dans ces dernières années aucun fait dans lequel on l'ait appliquée en dehors de l'article d'Audry (*Arch. provinciales de chirurgie*, avril 1893).

Seuls les Anglais paraissent l'avoir appréciée à sa juste valeur, et Morell-Mackenzie cite avec complaisance les résultats heureux qu'elle a donnés à ses compatriotes, notamment à Pollock, Holmes, Warrington, Harrison Cripps.

II

En quoi consiste le procédé de Rouge et quelle est sa technique ? « Le malade est anesthésié, dit l'auteur, et placé la tête inclinée à droite pour permettre au sang de s'écouler ; de mon côté je me tiens à droite du lit. Saisissant de la main gauche la lèvre supérieure près de la commissure avec le pouce et l'index, je la relève un peu en haut, pendant qu'un aide en fait autant de l'autre côté (1^{er} temps). La lèvre étant tendue dans cette position, j'incise la muqueuse du repli gingivolabial depuis la première molaire gauche jusqu'à la molaire correspondante du côté droit ; le centre de l'incision est au frein de la lèvre que l'on divise à sa racine (2^{me} temps). J'incise rapidement les tissus dans toute leur épaisseur et j'arrive jusqu'à l'épine nasale antérieure sur laquelle on doit porter le couteau, détachant à sa base la portion cartilagineuse de la cloison (3^{me} temps). Cela suffit très souvent, car, en soulevant le nez, on obtient un espace suffisant pour laisser passer le doigt dans la fosse nasale, et l'on voit parfaitement toute cette cavité après que le sang a été soigneusement épongé. Mais si cela ne suffit pas, on peut avec des ciseaux détacher de leurs insertions les cartilages des ailes du nez, et cet organe étant ainsi complètement détaché peut être relevé jusque sur le front, et la cavité antérieure des fosses nasales est mise à nu sur toute son étendue ; si la portion de la cloison qui n'a pas été sectionnée empêche de relever le nez, on peut la diviser

avec des ciseaux. L'opération une fois terminée, on doit soigneusement déterger la plaie, enlever le sang et les caillots avec une injection, et remettre le nez en place sans qu'il soit nécessaire de pratiquer aucune suture. »



Opération de rouge sur le cadavre (Figure tirée des *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1892).

L'expérience de quelques opérations de Rouge, pratiquées sous nos yeux par M. le Dr Audry, dans son service de Clinique syphiligraphique à la Faculté de Toulouse, nous a permis de relever quelques modifications à apporter aux indications de l'auteur. 1° Un seul aide armé de deux pinces à forcepessure, placées l'une à droite, l'autre à gauche, peut relever la lèvre su-

périeure et laisser à l'opérateur ses deux mains libres. 2° La position un peu inclinée en arrière de la tête doit être préférée à la position de Rose ; celle-ci peut en effet donner plus de jour, l'incision faite et le nez relevé, avant toute tentative à l'intérieur du nez ; mais l'hémorrhagie, qui est le grand danger à redouter, est singulièrement augmentée par cette position, (nous avons vu sous nos yeux un décès en 1892). 3° Pour la combattre, au moins partiellement, et empêcher la syncope, due à l'arrivée du sang dans le pharynx, nous conseillerons de pratiquer préventivement le tamponnement postérieur des fosses nasales (malgré le fait de mort de Gellé dans un cas de tamponnement pour épistaxis incoercible). 4° Malgré le jour que donne la section de la cloison, il serait bon, pour mieux voir dans le fond des cavités nasales, de s'armer du miroir frontal qui n'est nullement gênant pour l'opérateur qui en a un peu l'habitude ; il devient indispensable surtout par les temps gris et brumeux. 5° Enfin, bien que Rouge déclare que, l'opération terminée, il n'y a qu'à rabattre le nez et remettre la lèvre supérieure en place, sans qu'il soit nécessaire de pratiquer aucune suture, nous conseillerons de mettre deux à trois fils de fer recuit pour amener une juste coaptation de la plaie et aider au maintien sur la ligne médiane de la cloison sectionnée ; dans un cas, en effet, les sutures n'ayant pas été pratiquées, une perforation palatine n'a pu être réparée, de ce chef ; dans un autre nous avons pu constater, au bout d'un mois et demi environ, une guérison parfaite de la plaie opératoire, mais aussi une déviation latérale dans la partie postérieure de la cloison, qui avait été sectionnée jusqu'au vomer, en arrière.

III

Les indications opératoires de l'opération de Rouge n'avaient primitivement qu'un but, l'extraction des séquestres, que ce chirurgien considérait comme la cause de la persistance de l'ozène ; il en a élargi un peu le cadre dans son travail de 1878. Pour nous, d'après les résultats obtenus sous nos yeux par

notre chef de service, et après avoir constaté l'innocuité de l'opération conduite par une main prudente et avisée, nous désirerions la voir plus répandue dans le milieu des rhinologistes de profession, et la faire tomber du domaine de la chirurgie pure dans celui de la spécialité professionnelle. Nous la conseillerons donc :

1° *Pour aborder des lésions diverses*, parmi lesquelles nous signalerons :

A. *Les néoplasmes*, surtout les bénins (myxomes, enchondromes pédiculés ou non).

B. *Les lésions tertiaires de la syphilis* qui entraînent durant de longs mois les éliminations parcellaires de séquestres entretenant l'ozène qui rend la vie sociale difficile aux malades, et facilitant l'infection des cavités ou canaux en communication avec les fosses nasales. Ces mêmes lésions osseuses se retrouvent aussi bien dans la syphilis héréditaire, et se compliquent alors souvent de dacryocystite suppurée interminable et non guérissable, tant que la narine correspondante n'a pas été modifiée.

Dans le cas de syphilis acquise, les lésions osseuses peuvent être rapides, amener la nécrose presque totale de la cloison (un de nos malades présente cette lésion à la 5^{me} année de sa syphilis), ou se compliquer de perforation du palais osseux, ce qui complique les interventions ; (un second s'est présenté à nous à la 6^{me} année de sa syphilis ne soupçonnant ni une perforation de la voûte, longue de 2 centimètres environ, ni une perforation postérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde). Nous donnons ci-dessous cinq observations, l'une (obs. I) de syphilis héréditaire à localisations nasales et pharyngées (le voile du palais a été perforé), l'autre de syphilis acquise avec nécrose de presque toute la voûte osseuse du palais, se rapportant à deux sujets opérés par M. Audry en l'année 1893 même ; un troisième fait concerne un malade porteur d'une perforation de la voûte et d'une perforation de la cloison (1893) ; dans ce cas l'absence de sutures amena un échec dans la guérison de la perforation palatine. Le second et le troisième cas (obs. II et III) ont été rapportés par M. Audry dans un travail qui a paru dans les Archives Provinciales de

Chirurgie (mai 1893); depuis cette époque deux nouveaux sujets, atteints de lésions analogues, ont été opérés à la Clinique dans les mêmes conditions: le premier (obs. I) est un garçon de 29 ans atteint d'hérédosyphilis du nez, ainsi que ses sœurs; il a été opéré le 23 avril 1893 avec un succès momentané et d'ailleurs la syphilis a suivi son cours en s'aggravant et se portant sur le cerveau; le second avait des lésions de syphilis acquise, son observation a été égarée; les résultats de l'intervention avaient été bons chez lui.

obs. III (résumée). Homme de 40 ans, alcoolique et cachectique; syphilis remontant à dix ans environ et mal soignée; depuis un an environ, ozène qui rend le voisinage du malade insupportable à ses voisins; nécrose partielle des cornets, lésions multiples de la langue, plaques récidivantes; nécrose presque totale de la voûte palatine, gros ecthyma des jambes, du front, surdité consécutive aux lésions du nez. Opération de Rouge le 3 janvier 1893, amélioration très sensible de l'état local; le périoste et la muqueuse refont une voûte dure, mais il persiste en avant une fistulette et les dents sont branlantes; bronchite chronique commençante; passe en médecine; ozène très amélioré (4^e mois).

obs. IV (résumée). Homme de 43 ans, atteint de syphilis osseuse grave avec perforation de la voûte palatine et de la cloison; opération de Rouge le 30 janvier 1893; raclage de la cloison et du plancher; peu de sutures ou sutures mal placées; guérison de la lésion nasale, insuccès pour la perforation palatine.

En résumé dans cinq cas des plus sérieux, M. Audry a eu à intervenir pour enlever des séquestres étendus ou des séquestres disséminés, avec ou sans complications pharyngées, palatines ou lacrymales, et dans tous ces cas, si le bénéfice immédiat n'a pas été radical, du moins au bout de deux à trois mois il a vu la situation de ses malades très sensiblement améliorée; la jeune fille qui fait l'objet de l'obs. II est même un cas de guérison jusque-là vainement cherchée, et dans un de ces cas graves d'ethmoïdite totale compliquée, comme dans l'obs. IV, de suppuration de l'oreille et de dacryocystite suppurée.

Nous n'avons pas observé de ces nécroses totales du sphé-

noïde ou de l'ethmoïde, comme nous avons pu en voir signalées cette année même dans les journaux spéciaux, mais deux malades encore en traitement général seront sous peu l'objet d'une nouvelle intervention; l'un (29 ans) est atteint d'ulcérations tertiaires de la cloison avec parforation de la voûte palatine, l'autre (femme de 23 ans), présente une nécrose syphilitique partielle des cornets et termine une scarlatine intercurrente qui n'a pas eu d'influence sur une ethmoïdite suppurée qu'elle a depuis un an environ; chez tous deux il existe un ozène insupportable.

ORS. 1. — *Hérédosyphilis du nez*. S. 29 ans, commis épicier, entre à la Clinique de M. le Dr Audry (salle St Victor n° 48), le 12 avril 1893; son père a toujours été bien portant, sa mère est morte lorsqu'il avait dix mois; il fit lui-même une maladie grave à deux ans, eut une fièvre typhoïde à 16 ans, et sa première blennorrhagie à 22 ans; à 24 ans, seconde blennorrhagie accompagnée, du reste, comme la première, d'orchite simple; depuis 1887 il a la goutte militaire. Deux ou trois mois après la seconde blennorrhagie, apparition d'un chancre (mou?) sur le prépuce qui dure un mois et cède à l'iodoforme; le 22 décembre 1892, second chancre sur le gland, qui guérit au bout de huit jours; ces deux chancres n'ont été accompagnés d'aucune douleur.

A son entrée le 12 avril 1893, il présente une ulcération de l'aile gauche du nez qui a débuté il y a trois mois par un petit bouton en haut de l'aile, suivi d'un deuxième à la partie inférieure, boutons vite ulcérés et réunis l'un à l'autre par une plaie qui gagne successivement l'intérieur de la narine, puis la fosse nasale droite. Depuis trois mois, d'autre part, la voix est rauque, la dysphagie douloureuse; il présente actuellement une légère plaque muqueuse sur le pilier antérieur droit. L'aspect boursofflé du nez, sa forme épatée, l'apparence inflammatoire de la lésion pourraient faire songer au lupus; mais le malade est cependant, à cause de l'ozène et de l'aspect singulier de la lésion, soumis au traitement spécifique qui améliore rapidement les lésions et l'ozène.

Mais comme les lésions paraissent profondes, on pratique le 27 avril l'opération du Rouge; après incision, relèvement du lambeau, et section de la cloison, les fosses nasales sont mises à nu; on ne trouve ni séquestre, ni lésion profonde de la cloison qui paraît au contraire en réparation. Il est donc probable qu'on

a affaire à de la syphilis et spécialement de la syphilis héréditaire, vu l'absence d'éruption ayant marqué la période secondaire, et la non existence de ganglions en chapelet. Du reste, trois sœurs du malade sont affectées comme lui d'ozène et ont présenté les mêmes symptômes, mais sans ulcère perforant.

Le sujet continue, après la guérison opératoire qui est très rapide, son traitement ioduré (6 grammes) ; il sort le 4 mai presque guéri mais revient le 4 juin avec une réapparition de l'ozène ; dans l'intervalle, il a eu chez lui une crise épileptiforme causée par une localisation cérébrale de sa syphilis. On le remet avec succès à l'iodure.

OBS. II. — *Hérédo-syphilis du nez et du voile du palais, ethmoïdite suppurée.* F... Marie, 16 ans, chemisière à Lezat (Ariège), envoyée par le Dr de Mica au service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 15 janvier 1892, pour une mucocèle droite avec fistule et adhérences profondes du sac à l'os. Sujet très développé pour son âge ; nez écrasé à sa racine, épicanthus, ganglions strumeux nombreux des deux côtés du cou, voix nasonnée. L'examen rhinoscopique postérieur nous fait découvrir une petite perforation commençante de la voûte palatine, grosse comme une tête d'épingle, avec un semis jaunâtre ; cette ulcération augmente fortement les jours suivants, et, malgré des cautérisations multiples, (dix séances), et l'iodure de potassium (6 grammes par jour pris irrégulièrement par une malade désagréable à médicamenter), elle finit par détruire en grande partie la portion droite du voile du palais, perforée comme à l'emporte-pièce, d'où la forme en rideau avec un pont inférieur entre la luelle et le pilier droit antérieur, lésion qui doit rester définitive. Les lésions du nez sont plus anciennes et plus intéressantes ; le coryza chronique du sujet, qui remonte à l'âge de dix ans, a été accompagné, depuis cette époque, de céphalée violente, qui dure encore et s'exacerbe souvent ; la respiration est fortement gênée, surtout depuis quelque temps, les mucosités abondantes, (elle a même mouché un séquestre assez volumineux il y a 8 mois), l'ozène prononcé. Le cornet inférieur gauche est ulcéré en avant, la cloison boursouflée, le cornet moyen hypertrophié vers la cloison déviée à droite, l'ethmoïde transformé en putrilage. A droite, lésions moins avancées sur les cornets, mais l'ethmoïde est aussi malade qu'à gauche. Les lésions osseuses péri-sacculaires sont traitées par la cautérisation ignée, suivie de lavages et de dilatation à la sonde ; la malade est cautérisée par nous à diverses reprises sur les cornets, la cloison, l'ethmoïde, elle prend des poudres anti-

septiques, fait des lavages nasaux biquotidiens, absorbe fort mal l'huile de foie de morue et l'iodure ; malgré cela son état local s'améliore fortement, elle n'a ni kératite diffuse, ni surdité, sa dentition est superbe, mais on ne trouve chez elle aucun symptôme de syphilis acquise ; le père toutefois a un passé douteux ; on est sans renseignements sur la mère.

Elle sort très améliorée en mai et revient en juin, avec un nez ozéneux et des ganglions hypertrophiés ; chez elle, elle néglige son traitement, ses douches nasales, et elle entre le 25 février 1893, ans eservice de M. le Dr Audry, avec une récidence totale et un état très aggravé, surtout au point de vue des douleurs céphaliques et du jetage nasal ; de plus, il y a un mois, elle a eu une poussée très douloureuse vers l'oreille moyenne gauche, partie du pharynx et terminée par perforation spontanée du tympan et otorrhée.

En ce moment, à gauche, le cornet inférieur a disparu par lambeaux, le cornet moyen semble peu malade, il y a une sténose nasale. L'ethmoïde est très compromis ; à droite, des fongosités mamelonnées siègent sur les cornets moyens et inférieurs ; la muqueuse est rouge, hypertrophiée et saigne au moindre contact. On soumet la malade à des doses élevées d'iodure de potassium (8 grammes), dont on surveille l'absorption, et on fait l'opération de Rouge le 15 mars 1893 ; on trouve de légères ulcérations à la partie postérieure de la cloison et des cornets moyens ; pas de séquestre ; on rugine légèrement, surtout en haut, afin de ne pas perforer la voûte ethmoïdale, on lave, on désinfecte, et on laisse tomber le nez sans sutures, suivant le procédé de l'auteur.

Les suites opératoires sont excellentes, la malade reprend sa gaieté, ses douleurs disparaissent, l'ozène diminue, les sécrétions se tarissent en grande partie, et le sujet sort le 1^{er} mai, très satisfait. Nous n'avons pas de ses nouvelles en ce moment. 20 janvier 1894).

C. Les ulcérations tuberculeuses des fosses nasales et spécialement des cornets et de la cloison. Cette dernière lésion est rare ; la tuberculose sous forme de granulie a été rarement vue, il s'agit le plus souvent de lupus ; nous en avons observé deux cas dans lesquels le diagnostic s'imposait, en raison de manifestations lupiques sur d'autres régions ; dans un de nos

cas nous signalerons l'infection du sac lacrymal et de la conjonctive consécutive au *lupus nasal*.

OBS. V. — *Lupus du nez et des cartilages profonds*. — R. J. 19 ans, cyphotique après un mal de Pott, s'est déjà présenté un jour à la Clinique de dermatologie, il y a deux ans, pour une production de l'extrémité hypertrophiée du nez, à forme mamelonnée, en choux-fleurs, de coloration rouge sombre et verdâtre au sommet de quelques-unes de ces productions verruqueuses ; les lésions sont restées identiques à l'extérieur lorsqu'il vient le 1^{er} avril 1893, dans le service de M. Audry, qui examine l'intérieur des fosses nasales, reconnaît sous les croûtes épaisses et écailleuses du nez une surface bourgeonnante, puis des végétations en choux-fleurs sur les cornets et le plancher des fosses nasales. Après quelques scarifications, répétées à quelques jours d'intervalle, grattages, cautérisations à la grille galvanique, en présence d'une lésion commençante du sommet gauche qui impose le diagnostic du *lupus du nez*, M. Audry exécute l'opération de Rouge le 15 mai et met ainsi à nu une perforation de la cloison cartilagineuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, entourée de productions hypertrophiques ; l'opérateur racle vigoureusement, lave à l'eau, fortement chloroformée pour arrêter une hémorrhagie très abondante et redoutable vu le rachitisme du sujet, puis fait le tamponnement antiseptique des cavités nasales, peu soutenues en avant, la partie antérieure de la cloison ayant été enlevée dans l'acte chirurgical.

Les suites de l'opération sont peu sérieuses et le malade très amélioré quitte le service le 10 juin ; il est revu en bon état le 10 septembre.

Il avait eu l'année précédente une kératite phlycténulaire à répétition d'origine nasale pour laquelle nous l'avions traité à la Clinique ophtalmologique, et qui n'a pas reparu depuis le curetage du nez.

OBS. VI. — *Lupus du nez, des gencives, du sac lacrymal et du pharynx*. — C. M. 39 ans, cultivateur, de Lézat (Ariège), envoyé à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu par le Dr de Mica pour une dacryocystite droite ancienne avec fistule, nécrose profonde du maxillaire supérieur autour du sac, adhérences de la peau en cette région. Le malade a en outre de la blépharo-conjonctivite chronique ; il est petit, peu vigoureux, rhumatisant ; il a beaucoup souffert des intempéries durant son service mili-

taire, dans les casemates de Belfort. On aperçoit sur le dos du nez à un centimètre de la pointe, une croûte transversalement dirigée, suintante, d'un centimètre de long environ, lésion chronique et ancienne au dire du malade. A l'examen des fosses nasales nous trouvons des croûtes abondantes analogues à celles de la rhinite impétigineuse chronique, obstruant presque l'entrée des narines ; l'intérieur du lobule présente en haut une légère ulcération en rapport avec la fistule dorsale ; à droite, dans la fosse nasale, sténose supérieure, cloison hypertrophiée avec points sanguinolents, sur le cornet moyen végétations abondantes masquant le fond de la cavité nasale ; à gauche, ulcérations peu marquées, mais végétations prononcées à la partie inférieure, sécrétion de mucus concret surtout en haut et en arrière ; cette fosse nasale est élargie et l'on peut apercevoir à la lumière réfléchie la partie antérieure de l'apophyse basilaire.

Si l'on retourne les paupières, à droite on trouve simplement une conjonctive palpébrale hyperémie, une glande lacrymale atteinte d'inflammation chronique, une infection en somme consécutive à la lésion du sac, provenant par migration ascendante des lésions correspondantes du nez ; à gauche, la paupière supérieure présente sur l'emplacement du cartilage tarse une sorte de plaque dure, étalée, mamelonnée, végétante, fort analogue à une production villeuse, à des amas de granulations conglomerées.

Sur la gencive supérieure, lésion spéciale d'un rouge vif, velvétique, allant de la première incisive droite à la troisième petite molaire, sans suintement sanguinolent, ni déchaussement des dents ; cette lésion est chronique, sans réaction inflammatoire.

Le pharynx présente sur la moitié droite une sorte de traînée longitudinale de tissu à aspect lardacé, blanc, grisâtre, ulcéré, remontant en haut vers le naso-pharynx, rayonnant un peu en bas vers l'œsophage ; les piliers sont contractés, rétrécissent l'entrée de la cavité pharyngienne et rendent la rhinoscopie postérieure difficile par suite d'un état inflammatoire du voile du palais.

Nous cautérisons à plusieurs reprises le pharynx, les cornets moyens, nous lavons énergiquement chaque jour les fosses nasales avec l'acide borique suivi de prises fréquentes avec camphre, bismuth, et acide borique ; M. Terson, chef du service ophtalmologique, cautérise longtemps la paupière droite avec le nitrate d'argent au 1/40^e, il applique le galvanocautère à la fistule

lacrymale ; malgré cela les lésions du pharynx augmentent, envahissent le voile du palais, sont cautérisées en ce point à plusieurs reprises ; le malade, à bout de ressources, repart pour Lézat.

Il revient en septembre 1893 ; des lésions manifestes se sont prononcées au sommet gauche ; les lésions du pharynx sont stationnaires, les lésions nasales plus prononcées ; on râcle et on fait de la cautérisation ignée sur les manifestations de ce lupus multiple accessibles à l'extérieur ; enfin le 15, octobre, M. le Dr Audry qui a depuis près de vingt jours soumis le malade à un traitement ioduré sans résultat, fait l'opération de Rouge, avec laquelle il est maintenant entièrement familiarisé ; malgré une hémorrhagie très abondante et un jour très défectueux par suite de vastes nuages au ciel et de pluie incessante, il libère la cloison, râcle celle-ci, ramène des débris nombreux de cornets sclérosés et séquestrés, lave à l'eau chloroformée sans tamponnement postérieur ni position de Rose, et laisse retomber d'elle-même la lèvre supérieure sur la plaie ; il met toutefois, pour plus de sûreté, deux points de suture enlevés deux jours après. Le soir, encore écoulement sanguin sans caractère inquiétant ; le lendemain, gonflement des ailes du nez gênant peu d'ailleurs le malade, écoulement séreux ; au cinquième jour, le sujet débarrassé des corps étrangers qui irritaient ses fosses nasales, mouche sans difficulté, sa lèvre est revenue à l'état normal, les cavités intérieures sont réunies en une seule par suite de la perte de la partie antérieure cartilagineuse de la cloison. Mais il n'y a aucune odeur désagréable dans les sécrétions normales, et le malade part le 1^{er} novembre, très content de son état ; la lésion superficielle de la partie molle du lobule est cicatrisée entièrement à la suite du râclage ; le lupus pharyngien est arrêté, les choanes bien nettes. Le malade a été revu en janvier 1894, et présente une déviation latérale postérieure de la cloison.

Le diagnostic du lupus a été justifié ici en l'absence de tous antécédents de syphilis héréditaire ou acquise (le sujet a trois enfants bien portants) ; des inoculations de la muqueuse de la conjonctive palpébrale, pratiquées dans la chambre antérieure d'un cobaye, donnent au bout de peu de temps des tubercules types du corps ciliaire ; l'examen histologique confirme ici le diagnostic macroscopique de cette production ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ MOLINIE : Lupus primitif des fosses nasales. *Midi médical*, décembre 1893.

D. *L'ulcère de Hajek, la diphtérie chronique du nez*, (Concetti 1890), *les déviations de la cloison*.

2° *Pour préparer les opérations sur les cavités accessoires.*

Tandis que pour Rouge, en 1873, l'ozène est toujours dû à la présence de séquestres plus ou moins mobiles sous la muqueuse, séquestres qu'il faut à tout prix enlever pour obtenir une guérison, ce même auteur, en 1878, en élargit singulièrement le cadre étiologique et insiste à juste titre sur les affections connexes du sinus de la face, dont les inflammations chroniques viendraient à leur tour retentir sur les lésions nasales.

On sait quelle importance a prise depuis ces dernières années l'étude des sinusites suppurées, il n'est pas de réunion scientifique où les communications ne se succèdent sur ce sujet ; nous rappellerons seulement, au point de vue étiologique, les savantes recherches de Macintyre (Soc. britann. de médecine, 61^e session, Newcastle 11 août 1893) sur les microbes de l'inflammation, du processus purulent, de l'érysipèle, de la diphtérie, l'action de la tuberculose, de la syphilis, des fièvres éruptives sur l'empyème des sinus, en communication naturelle avec les cavités nasales, de sorte qu'une de ces causes agissant sur la muqueuse d'une de ces cavités retentit ultérieurement sur l'une des autres ; dans certains cas un sinus est atteint le premier, dans d'autres, la lésion nasale précède l'empyème.

Quoi qu'il en soit, la double lésion étant donnée, ou la lésion nasale seule étant visible, il paraît indiqué d'agir comme il a été dit plus haut, par le curettage avec une voie large ; mais dans le cas d'empyème du sinus, quelle conduite tenir ?

Dans un article récent, M. Lermoyez (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, janvier 1894) a bien clairement indiqué la pratique des maîtres de l'école de Vienne.

L'empyème du sinus maxillaire peut être traité par la perforation de l'antre d'Highmore dans le méat moyen, mais on risque de pénétrer dans l'orbite (Hajek) ; par le méat inférieur, mais on peut ainsi pénétrer dans la fosse canine (quoi qu'en disent Zuckerkandl, Chiari, Hajek) ; par l'alvéole d'une dent cariée ou non ; enfin par la fosse canine, procédé d'un

traumatisme sérieux et qui doit être suivi de tamponnement à la gaze iodoformée. Aucune de ces méthodes ne saurait se recommander d'une sécurité absolue à cause des inégalités de développement anatomique de la cavité d'Highmore, et de la profondeur à laquelle on opère à travers le mince jour de la narine.

Pour l'*empyème du sinus frontal*, les maîtres viennois préconisent la trépanation antérieure ; si l'*empyème* est latent, le cathétérisme par les voies naturelles doit être tenté, mais il est difficile (Chiari, Zaufal) et doit être précédé du nettoyage de l'hiatus semi-lunaire encombré de productions polypeuses, ce qui sera rendu facile par l'excision à l'anse chaude de la partie antérieure du cornet moyen ; si la sonde ne peut alors pénétrer, il reste la trépanation. Toutefois, Schäffer de Brème a essayé le curettage par la voie nasale, qu'Hajek condamne comme dangereux ; cet auteur enlève la partie antérieure du cornet moyen, puis fait une grande insufflation d'air qui chasse le pus.

En somme, il faut toujours porter l'anse galvanique sur une partie profonde, peu accessible, du cornet moyen, l'enlever en aveugle, extirper des polypes situés dans la région de l'hiatus semi-lunaire que l'on n'entrevoit même pas et que l'on soupçonne tout au plus ; c'est ce manque de contrôle visuel, qui fait la difficulté du cathétérisme du sinus frontal et qui amène Hajek à rejeter l'opération sanglante de Schäffer, développement de la méthode générale de Wolkmann.

Dans le cas d'*empyème du sinus sphénoïdal*, il est indiqué de pénétrer dans le sinus ; or, son orifice naturel, masqué par la partie postérieure du cornet moyen, est en outre le plus souvent obstrué par une production polypeuse ; il faut donc pénétrer dans ce sinus par effraction et par la voie nasale ; Schäffer curette directement d'avant en arrière au risque d'aller perforer l'apophyse basilaire et de pénétrer dans le crâne ; le plus grand nombre est d'avis de se donner du jour et pour cela on enlève tout ou partie du cornet moyen (Hajek) à l'anse chaude, puis on fait à la curette une brèche dans le sinus que l'on tamponne.

Mais ne voit-on pas combien le curettage direct de Schäffer est brutal, et combien est difficile également l'excision, par la

narine, de tout le cornet moyen pour arriver par cette voie sur la paroi antérieure du sinus sphénoïdal ? La largeur de l'ouverture antérieure est manifestement insuffisante ; quel que soit l'éclairage donné par le miroir, il sera toujours trop faible dans les parties profondes.

Reste à examiner la doctrine de l'école de Vienne dans le traitement de l'*empyème des cellules ethmoïdales*. Elle consiste dans la désobstruction du méat moyen, l'extirpation de productions polypeuses, le grattage, les cautérisations superficielles, la résection partielle du cornet moyen, enfin la ponction du bulbe, suivie d'irrigation nasale et de tamponnement à la gaze iodoformée ; on pénètre directement dans les cellules ethmoïdales antérieures ramollies ; il faut toutefois éviter de faire effraction dans l'orbite.

Mais ne savons-nous pas qu'il est de nombreux cas d'ethmoïdite totale, où l'action d'exérèse sur les cellules antérieures laisse dans les cellules postérieures un noyau de suppuration interminable, et qui échappe entièrement à la curette, à l'anse galvanique, aux agents directs en un mot ?

Donc, même dans le cas de lésions limitées aux parties antérieures de l'ethmoïde, l'ouverture antérieure de la narine est une voie insuffisante pour agir radicalement sur les lésions ; nous avons montré plus haut qu'elle ne pouvait nous contenter que très imparfaitement s'il s'agit d'agir sur le sinus maxillaire par la paroi interne, sur le sinus frontal par son canal naturel, à plus forte raison pour les cas d'empyème du sinus sphénoïdal ; elle nous laisserait impuissants si nous avions affaire à un cas analogue à celui de Blair (*Medical Record* 1893) dans lequel une syphilis nasale détermina une nécrose totale du sphénoïde non suivie de mort.

Mais combien, les opérations diverses mentionnées par M. Lermoyez, sont rendues faciles et sûres par l'ouverture large que procure l'opération de Rouge ; avec elle plus de peine pour ouvrir l'antre d'Highmore où et comme on veut, le drainer ou le tamponner ; pour appliquer à l'empyème frontal le curettage désormais surveillé de Schäffer, pour débarrasser l'hiatus semi-lunaire de ses végétations ou de ses polypes, pour réséquer *ad libitum* le cornet moyen et ouvrir en toute sécurité le

sinus sphénoïdal ; tous ces avantages sont obtenus par l'inoffensive incision de Rouge que seul un curettage brutal et généralisé peut compromettre.

3° *Pour faire l'exploration complète des fosses nasales.* Les lésions échappent souvent à la vue dans l'exploration par la rhinoscopie antérieure, et ne sont que soupçonnées dans les parties profondes, surtout dans les cas de sténose des fosses nasales ; la rhinoscopie postérieure ne peut nous renseigner que sur l'état du bord postérieur des cornets ; enfin à moins de se servir d'un miroir spécial d'Heryng, on ne peut vérifier les lésions du canal lacrymo-nasal qui sert de passage aux infections microbiennes ascendantes parfois très graves (lupus des conjonctives, dacryocystite suppurée rebelle et ne cédant même pas au curettage du sac sans incision externe de Terson).

De même qu'il existe une laparotomie, une cystotomie exploratrice, nous voudrions voir adopter une labio-gingivotomie exploratrice dans les cas douteux, intervention simple, bénigne, sans suites fâcheuses, à la portée de tout rhinologiste et qui n'exige qu'un bistouri et deux pinces.

Avec elle on assurerait son diagnostic, on ne ferait agir la curette ou l'anse galvanique que contre des lésions certaines et vues, on réduirait au minimum le trauma opératoire, on débarrasserait à fond tout le champ opératoire sans rien oublier, sans rien négliger, on développerait l'action chirurgicale dans des régions jusque-là inaccessibles ou difficiles à atteindre sans délabrements énormes (ethmoïde postérieur, sphénoïde, sinus frontal) ; enfin, avantage incontestable, cette opération pourrait être répétée sans inconvénient deux et trois fois même, en cas de récidive ; le sujet n'en serait pas davantage défiguré.

Nous ne doutons pas que les rhinologistes qui l'auront vue pratiquer ne lui soient rapidement acquis ; elle est en effet à la portée d'une instruction chirurgicale ordinaire.

SUR LE ROLE NORMAL ET PATHOLOGIQUE
DES FOSSES NASALES
DANS LA PHONATION

Par le Dr **Paul RAUGÉ**

I

Envisagée à son point de vue le plus philosophique et le plus simple, la parole articulée n'est qu'une collection de phénomènes bruyants qui mettent notre pensée en communication avec l'oreille de nos semblables, de même que le langage écrit est l'ensemble des signes visibles par lesquels nous parlons à leur vue. Revêtus d'une valeur convenue, qui en fait, suivant un accord préalable, les représentants plus ou moins directs de l'idée, les signes sonores du langage parlé cessent d'être de purs phénomènes physiques : ils deviennent de véritables symboles, dont l'échange appartient au domaine psychique, et dont la direction répond à l'une des plus compliquées parmi nos opérations cérébrales.

Bien qu'au moyen de combinaisons, variables à l'infini, nous arrivions à exprimer un nombre illimité d'idées avec une quantité relativement restreinte de signes, encore était-il nécessaire que le langage articulé eût à sa disposition une provision de bruits conventionnels assez différents et assez nombreux pour être aisément reconnus, distingués, et suffire aux associations qui réunissent ces sons isolés pour en faire des syllabes, les syllabes pour faire des mots, les mots pour composer des phrases.

Les opérations mécaniques auxquelles la voix humaine emprunte les caractères distinctifs qui en font la parole articulée, se passent exclusivement dans la portion sus-laryngée du conduit respiratoire, depuis la glotte jusqu'aux narines et à l'orifice buccal. Tandis que la tonalité des sons vocaux ne réclame qu'un instrument, le larynx, les qualités différentielles, qui rendent ces sons conventionnellement significatifs, sont formés d'éléments physiques très nombreux, auxquels s'associent diversement, non seulement les cavités sus-glottiques elles-mêmes, (pharynx, bouche et fosses nasales) mais encore les organes mobiles (langue, lèvres, voile du palais) contenus dans ces cavités ou constituant leurs parois. C'est qu'il s'agissait en effet d'obtenir du courant d'air expiré cette variété de phénomènes acoustiques nécessaires, nous l'avons vu, à la constitution d'un langage parfait. De là cette complexité de l'instrument, cette multiplicité des organes phoniques qui du reste, pour la plupart, exercent, à côté de celle-là, d'autres fonctions plus prosaïques et pourtant non moins importantes (rôle de la langue dans la mastication, du voile du palais dans la déglutition, des lèvres dans l'aspiration des liquides.)

La façon dont s'y prennent ces organes, pour créer des vibrations sonores ou pour différencier celles que le larynx leur envoie, répond à un mécanisme très complexe et provient d'associations musculaires aussi variées qu'harmonieuses. Mais tous les actes phonatoires peuvent se ramener, en somme, à deux procédés qui répondent aux deux grandes divisions établies, par la grammaire aussi bien que par la physiologie, parmi les sons de la parole : les consonnes et les voyelles. Entre les signes phonétiques qui forment le langage humain, il importe, en effet, d'en distinguer d'abord deux espèces bien différentes et qui, physiquement, n'ont ni la même origine ni le même caractère, bien qu'ils soient constamment associés dans la constitution des mots.

Les premiers, complètement étrangers aux sons musicaux du larynx, dont ils ne sont ni des renforcements, ni des atténuations, ni des transformations quelconques, naissent de toutes pièces dans les cavités bucco-pharyngiennes : ce sont des bruits que les parties mobiles de la bouche ou du pharynx

produisent en opposant au courant expiratoire des obstacles de formes diverses. Mais, je le répète, ce n'est point aux sons venus de la glotte que les organes précédents imposent ces arrêts, ces saccades, ces vibrations prolongées ou ces brusques accidents d'émission ; c'est au courant expiratoire aphone émis avec plus ou moins de force, mais toujours silencieusement, à travers la glotte dilatée et inactive. Ces éléments de la parole, indépendants de l'action laryngée, ne sont pas, comme les voyelles, des sons vocaux proprement dits ; ce sont des bruits surajoutés aux vibrations produites par le larynx, et auxquelles leur association nécessaire avec les différents sons-voyelles, dont on ne saurait les séparer, a valu le nom de *consonnes*. Et la preuve que les consonnes n'empruntent absolument rien au son laryngé, c'est qu'elles gardent toute leur valeur, même dans la parole aphone, quand les vibrations de la glotte sont totalement supprimées. Ecoutez à quelque distance deux personnes qui parlent en chuchotant : vous ne saisissez aucune voyelle, mais les consonnes vous arrivent aussi fortes que dans la parole à voix haute : elles n'ont absolument rien perdu à la suppression de la sonorité glottique.

II

L'autre élément de la parole se compose de sons véritables, de sons proprement musicaux, non plus de simples bruits comme étaient les consonnes : comme ils sont la *voix* elle-même, la voix laryngée différenciée dans un but phonétique, on leur a donné le nom de *voyelles*.

Ce sont encore ici les cavités supra-laryngées, bouche, pharynx et fosses nasales, qui donnent à ces phénomènes sonores leurs caractères individuels, mais par un procédé bien différent de celui que nous venons de décrire : au lieu de les créer de toutes pièces, comme elles faisaient pour les consonnes, elles utilisent les sons déjà formés que leur envoie l'orifice glottique. Pour faire de ces sons laryngés des éléments variés d'expression verbale, elles ajoutent, à leurs différences de tona-

lité, certaines qualités distinctives, qui font qu'un même son glottique acquiert, en les traversant, une douzaine au moins de valeurs différentes variables d'ailleurs dans les divers idiomes, et représentant dans le langage autant de signes conventionnellement utilisables.

Au sortir de l'orifice glottique, les sons laryngés primordiaux ne possèdent qu'un élément de différenciation, la hauteur, élément trop peu varié pour fournir à la parole ordinaire une quantité suffisante de signes phoniques distincts : on s'est contenté de s'en servir pour en faire un moyen d'expression plus poétique mais plus vague, le chant.

Ce qui permet de multiplier les signes du langage, de greffer sur chaque son glottique un certain nombre de variantes verbales, indépendantes de la hauteur même de l'intonation laryngée, ce sont les timbres différents que chacun de ces sons peut revêtir. Mais le larynx ici cesse d'intervenir : c'est la région supra-glottique du tuyau vocal qui, par certaines adaptations de forme, par certains changements de dimensions mathématiquement combinés et prévus, imprime à un même son laryngé toute une gamme de timbres divers donnant à l'oreille une variété d'impressions parfaitement différenciables. C'est à ces variétés d'un même son vocal, uniquement déterminées par un simple changement de timbre, que répondent les différentes voyelles.

Le procédé suivant lequel les cavités sus-laryngées déterminent et modifient le timbre des sons glottiques n'est que l'application physiologique du phénomène physique connu sous le nom de résonnance. On sait que les sons musicaux, et ceux du larynx sont du nombre, ne se montrent généralement pas formés par une note simple : à la note fondamentale, qui impressionne le plus vivement notre oreille, s'ajoutent un certain nombre de sons plus élevés, connus sous le nom d'harmoniques. C'est ainsi que, dans un son laryngé quelconque, il se superpose toujours, à la note principale, une certaine quantité d'harmoniques, dont la plupart échappent à notre oreille à cause de leur peu d'intensité. Pour que ces sons secondaires deviennent nettement perceptibles, ils ont besoin d'être renforcés par un artifice d'acoustique : le timbre dépend juste-

ment de la nature et du nombre des harmoniques soumis à ce renforcement. On sait l'admirable méthode qu'Helmholtz ⁽¹⁾ a su tirer de cette donnée pour établir expérimentalement la nature et les causes du timbre et pour parvenir à analyser des sons qui passaient avant lui pour indécomposables et simples.

Les caisses sonores possèdent la propriété de vibrer à l'unisson quand une note de hauteur convenable se produit dans leur voisinage : elles ajoutent ainsi leurs propres vibrations aux vibrations primitives, qui se trouvent par là considérablement renforcées. Pour amplifier et mettre en évidence chacun des éléments qui forment un son composé, Helmholtz eut l'idée de les renforcer successivement au moyen d'appareils spéciaux fondés sur le fait qui précède, et qu'il nomma résonnateurs : c'est une série de globes creux en laiton, percés de deux orifices, et dont chacun, suivant sa forme et les dimensions de son ouverture, est capable de renforcer la note qui lui correspond. A ce premier dispositif, qui nécessitait autant de résonnateurs qu'il existe de notes à renforcer, M. König ⁽²⁾ a apporté un perfectionnement qui nous offre ici un intérêt théorique tout particulier, car il n'est au fond que l'imitation du résonnateur à dimension variable formé par les cavités sus-glottiques : l'appareil de M. König, au lieu de présenter, comme celui d'Helmholtz, une forme et une capacité invariables, est constitué par un cylindre à tirage, qui s'allonge et se raccourcit, à la façon d'un tube de télescope, et peut, moyennant ces variations de volume, se mettre successivement à l'unisson avec plusieurs sons différents.

Le mécanisme de la formation des voyelles ne reconnaît pas d'autre origine que l'intervention de la résonnance et les modifications qu'elle imprime aux sons laryngés élémentaires.

En appliquant aux sons de la voix la méthode d'analyse qui

(1) HELMHOLTZ. — Ueber die Combinationstöne. *Poggendorf Ann.* 1856. T. XCIX, p. 497.

Id. — Théorie physiologique de la musique. Trad. par Guérout. Paris, 1868.

Id. — Die Lehre von den Tonempfindungen. 2^e éd. Brunswick. 1865.

(2) R. KÖNIG. — Sur les notes fixes caractéristiques des diverses voyelles. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1870.

précède, Helmholtz ⁽¹⁾ a constaté que les voyelles, comme tous les sons musicaux, sont constituées par une note fondamentale, à laquelle se superposent une ou plusieurs notes supérieures représentant des harmoniques véritables. Ce sont précisément ces harmoniques, différents pour chaque voyelle, qui en déterminent le timbre, la font proprement ce qu'elle est, et deviennent par là ses *caractéristiques*. M. Jamin nomme *vocable* cet élément surajouté qui différencie les sons laryngés, pour en faire des sons voyelles, dont la signification phonétique efface entièrement la valeur musicale, du moins dans la voix parlée.

Dans un son musical quelconque, renforcez la note qui répond à la vocable de telle ou telle voyelle : vous obtiendrez une impression auditive très sensiblement comparable à celle que donne la voyelle en question lorsqu'elle est prononcée par une bouche humaine. Il y a longtemps que Gerdy ⁽²⁾ et Brücke ⁽³⁾ ont expérimentalement réalisé cet a-priori théorique : en ajoutant, à l'extrémité d'une languette vibrante, un tube dont ils faisaient varier la longueur et dont ils bouchaient plus ou moins l'orifice, ils ont pu déterminer des sons, qui, sans subir aucun changement de hauteur, reproduisaient, d'une façon suffisamment reconnaissable, le timbre des différentes voyelles : la plus grande longueur des tuyaux, et la plus étroite ouverture, correspondaient au son *ou* (*u* allemand) ; les conditions inverses produisaient le son *i* ; les intermédiaires les sons *o*, *a*, et *e*.

Les recherches d'Helmholtz avaient expérimentalement déterminé les vocables propres à chacun des sons-voyelles. Il

(1) HELMHOLTZ. — Ueber die Vocale. *Archiv. für die holländischen Beiträge zur Natur und Heilkunde* ; t. I, 1857.

Id. — Ueber die Klangfarbe der Vocale. *Gelehrte Anzeig. der bayrisch. Akad. d. Wissensch.* 1859. Nos 67, 68, 69.

Id. — Conférences sur les causes physiologiques de l'harmonie musicale. *Revue des cours scientifiques*, 1867, p. 187.

(2) GERDY. — Note sur la voix. *Bull. des sciences médicales de Férussac*, t. VII, p. 318, 1830.

Id. — Physiologie didactique et critique, t. I, 2^e partie, Paris, 1832.

(3) BRÜCKE. — Grundzüge der Physiologie und Systematik der Sprachlaute Wien, 1856.

avait reconnu par exemple que *o* était caractérisé par la note si_{b_3} , *a* par le si_{b_4} , *i* par le fa_2 et le $ré_6$, *é* par le fa_2 et le si_{b_5} . Mais il n'avait pas découvert la succession absolument régulière qui échelonne les termes de cette série. M. König ⁽¹⁾ a démontré que des rapports de valeur très simples unissent ces *notes fixes caractéristiques* : on répond au si_{b_2} , *o* au si_{b_3} , *a* au si_{b_4} , *e* au si_{b_5} , *i* au si_{b_6} . Il y a donc, exactement, un intervalle d'une octave entre les vocables des différentes voyelles énumérées dans l'ordre précédent.

Supposons maintenant que le résonnateur bucco-pharyngien accommode sa cavité pour le son propre si_{b_3} : quelle que soit la hauteur du son laryngé complexe venu de la glotte, ce son renforcera, dans la bouche et dans le pharynx, celui de ses harmoniques qui répond au si_{b_3} , c'est-à-dire qu'il prendra le timbre répondant à la voyelle *o* ; de même pour les autres voyelles.

Si l'on tient compte, d'autre part, des intervalles qui séparent les notes caractéristiques propres à chaque voyelle, on arrive à cette conclusion que la bouche, pour prononcer la suite des voyelles, doit prendre une série de formes telles, que le son propre qui correspondrait à chacune de ces formes successives, s'élève chaque fois d'une octave.

Je n'entreprendrai pas de décrire les attitudes variées des différentes parties de la cavité buccale qui répondent à ces adaptations multiples : les mouvements des lèvres et des joues, la position de la langue, celle du voile du palais, dans la prononciation de chaque voyelle, sont exposés d'une façon plus ou moins complète dans tous les traités de physiologie.

Mais il est une autre question sur laquelle on insiste moins, et qui mérite maintenant de nous arrêter, parce qu'elle présente, outre son grand intérêt théorique, une importance clinique considérable au point de vue de l'étude pathogénique des nasonnements : je parle de la formation normale des sons nasals.

(1) R. KÖNIG. — Loc. cit. p. 931.

III

Les voyelles dites nasales, ou voyelles composées, *an*, *en*, *in*, *on*, *un*, que la plupart des grammairiens nomment improprement diphthongues, ne représentent pas, en réalité, des éléments phoniques essentiellement distincts de ceux que nous venons de décrire : elles ne sont qu'une modification des voyelles simples, réalisée, comme nous allons voir, par une altération de leur timbre. En rapprochant ces deux séries de voyelles, les buccales et les nasales, il est aisé de se convaincre, que le son nasale *an*, par exemple, impose au conduit pharyngo-buccal la même forme que le son *a* ; mais quelque chose s'y ajoute, qui donne au son buccal primitif un caractère à la fois et plus sourd et plus plein : de même les autres sons nasaux, *in*, *on*, *un*, dérivent respectivement, par une modification semblable, des sons clairs *i*, *o*, *u* : il suffit de prononcer alternativement la voyelle pure d'abord, et ensuite le son nasal correspondant, pour avoir nettement conscience de cette transformation.

Or, quel est l'élément nouveau qui, s'ajoutant aux voyelles claires, modifie à ce point leur caractère phonique, qu'on ait pu grammaticalement séparer le son primitif et son dérivé nasal ? Cette question a de l'importance surtout dans notre langue, où abondent les sons nasalés, et qui doit à cette circonstance la sonorité particulière que les étrangers lui reconnaissent.

Le tuyau de renforcement sus-glottique présente, à sa terminaison supérieure, une portion transversale formée par le palais osseux. Il existe donc, à cette hauteur, non pas une, mais deux boîtes de résonnance distinctes, s'abouchant toutes deux, en arrière, à l'intérieur du carrefour pharyngien. Or, de ces deux résonnateurs, l'inférieur, ou buccal, agit d'une façon incessante dans la parole articulée : son orifice postérieur ne possède en effet aucun moyen d'occlusion et les sons venus du larynx passent forcément par la bouche. La cavité supé-

rière au contraire, formée par les fosses nasales, n'intervient qu'éventuellement, et d'une façon passagère, grâce au système de fermeture facultative que le voile du palais fournit à son orifice postérieur.

Les expériences déjà anciennes de Czermak ⁽¹⁾ semblaient avoir surabondamment prouvé que l'occlusion postérieure des fosses nasales est complète durant l'émission des voyelles pures. En se faisant verser de l'eau dans la partie la plus reculée des cavités nasales, tandis qu'il prononçait la série des voyelles, il démontra que ce liquide ne tombait pas dans le pharynx, sauf pendant l'émission de l'a. Vérifiées par Passavant ⁽²⁾, qui refit la même expérience en se servant de lait à la place de l'eau, acceptées par la plupart des physiologistes, ces conclusions ont depuis été combattues par Pieniazek ⁽³⁾ et H. J. Paul ⁽⁴⁾, qui prétendent que l'occlusion réalisée par le voile n'est jamais tout à fait complète.

Sans doute, il arrive parfois que le contact entre le voile palatin et la paroi postérieure du pharynx n'est pas absolument parfait, et le degré de cet accolement varie d'une voyelle à l'autre : il est beaucoup moins intime durant l'émission de l'a par exemple que dans celui de l'i ; mais la chose n'est pas nouvelle et Passavant ⁽⁵⁾ avait déjà constaté expérimentalement ce fait ; il s'était même ingénié à préciser jusqu'où pouvait aller ce défaut de jonction sans déterminer le nasonnement ; en introduisant, derrière le voile du palais, pour empêcher son accolement au pharynx, une série de tubes en

(1) CZERMAK. — Ueber das Verhalten des weichen Gaumens beim Hervorbringen der reinen Vocale. *Sitzungsberichte der k. k. Akad. der Wissensch. zu Wien*, t. XXIV, p. 4 ; Mars, 1857.

Id. Ueber reine und nasalirte Vocale. *Sitzungsberichte der k. k. Akad. der Wissensch. zu Wien*, t. XXVIII, 1857.

Id. Einige Beobachtungen über die Sprache bei vollständiger Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Schlundwand. *Sitzungsberichte der k. k. Akad. der Wissensch. zu Wien*, t. XXIX, 1858.

(2) G. PASSAVANT. — Ueber die Verschliessung des Schlundes beim Sprechen, *Dissert.*, Francfort, 1863.

(3) PIENIAZEK. — *Wien. med. Blätter*, 1878.

(4) HERMANN JULIUS PAUL. — *Archiv für klinische Chirurgie*, t. VII, p. 499.

(5) Loc. cit., p. 15-16.

caoutchouc de plus en plus épais, il reconnut que le nasillement ne se faisait sentir pour les voyelles que lorsque la section de ce tube atteignait 30 millimètres carrés.

Ce qui résulte de ces faits, dont la contradiction n'est qu'apparente, c'est que, dans l'émission des voyelles buccales, la fermeture postérieure est physiquement suffisante pour supprimer l'intervention du résonnateur nasal ; et, comme l'observe très justement M. Lermoyez ⁽¹⁾, il importe fort peu, en somme, que l'occlusion anatomique soit absolue, pourvu que l'occlusion fonctionnelle soit matériellement assurée.

Mais, si les cavités nasales restent fermées à leur orifice postérieur durant l'émission des voyelles claires, elles s'ouvrent au contraire largement au moment de la production des sons nasals. Il suffit, pour s'en assurer, d'appliquer la pulpe du doigt sur la face inférieure du voile du palais et de prononcer successivement d'abord une voyelle pure, *a* par exemple, et, immédiatement après, le son nasal correspondant, *an* : on constate très nettement que, dans le second cas, le voile du palais s'abaisse, se bombe fortement du côté de la cavité buccale ; et, si l'on introduit le doigt un peu plus profondément, jusqu'au niveau du bord postérieur du voile, on sent ce bord se décoller de la paroi du pharynx, en laissant libre à ce niveau une large communication transversale avec le pharynx nasal. On peut d'ailleurs faire aussi aisément par la vue cette même constatation sur soi-même. Placez-vous devant un miroir et prononcez, en ouvrant largement la bouche, d'abord le son *a*, puis le son *an* : vous verrez le voile du palais, faiblement appliqué contre la paroi pharyngée postérieure pendant la première émission, s'en détacher brusquement et ouvrir le naso-pharynx, dès que vous prononcez le son nasal *an*.

On conçoit aisément le résultat de cette disposition nouvelle : le tuyau de résonnance n'est plus alors uniquement formé, ainsi qu'il l'était tout à l'heure, par la cavité pharyngobuccale ; les fosses nasales en font maintenant partie et la vibration de leur paroi entre en jeu dans le renforcement du son

⁽¹⁾ MARCEL LERMOYER. — L'insuffisance vélo-palatine. *Annales des maladies de l'oreille*, Mars 1892, t. XVIII, n° 3, p. 173.

laryngé : c'est cette addition de nouveaux harmoniques, qui donne aux voyelles nasales le timbre particulier qui les caractérise.

Mais on ne doit pas supposer, comme on le répète fréquemment, que la résonnance nasale se substitue alors de toutes pièces à la résonnance buccale. Elle ne fait que s'y ajouter, et il est plus juste de dire que les sons viennent alors résonner à la fois dans une double boîte de renforcement formée par les deux cavités superposées de la bouche et des fosses nasales. Si les cavités nasales intervenaient seules, elles seraient visiblement incapables de produire plusieurs voyelles différentes, étant, anatomiquement, des espaces immuables et à parois rigides : aussi est-ce toujours la cavité buccale qui, par ses changements d'aspect, détermine la forme de la voyelle, même lorsqu'il s'agit d'une voyelle nasale. Le timbre nasalé représente une quantité constante ajoutée au timbre buccal, qui constitue ici l'élément variable.

La résonnance nasale n'agit pas seulement dans la formation des voyelles nasalées : il est encore deux éléments phonétiques qui nécessitent son intervention : ce sont les lettres *m* et *n*, que la grammaire rattache couramment aux consonnes, mais que la physique et la physiologie feraient plus naturellement ranger au nombre des voyelles ; on a si bien senti cette nuance, qu'on a estimé nécessaire de faire, pour ces deux sons particuliers, une catégorie à part, sous le nom de *consonnes résonnantes, nasales* ou *demi-voyelles*. Alors, en effet, que, pour les produire ; les lèvres agissent comme pour le *b* et le *d*, elles exigent cependant le retentissement du son dans les fosses nasales et ne sont autre chose, comme le dit Gerdy, qu'un *b* ou un *d* passé par le nez.

IV

Avant de tirer, des considérations d'acoustique et de physiologie pure qui précèdent, les déductions cliniques qui sont le véritable but de ce travail, résumons en peu de mots les données, en somme très simples, que nous avons essayé d'établir :

Les consonnes sont des bruits buccaux ou pharyngiens créés sur place, et dans la production desquels n'interviennent en aucun cas ni les vibrations méthodiques et musicales de la glotte, ni le renforcement bucco-pharyngien, ni la résonnance nasale. Produits d'un mouvement constant et d'un mécanisme immuable, les consonnes sont essentiellement monotones et n'offrent d'autres variations que leurs variations d'intensité. Au milieu des voyelles, indéfiniment nuancées et toujours musicales, elles forment des bruits confus, dont les langues à prétentions mélodieuses (italien, espagnol) évitent autant que possible la fréquence ⁽¹⁾. Nous ne les avons signalées que pour les éliminer de cette étude, après nous en être servi pour montrer, par comparaison, la nature des sons-voyelles et en expliquer la genèse.

Les voyelles sont des sons laryngés que la bouche élabore et varie pour en faire des éléments de langage : le mouvement de vibration produit par les cordes vocales n'était, en sortant de la glotte, qu'une note, élevée ou basse, capable de s'unir à d'autres notes pour donner à notre oreille une impression plus ou moins mélodique ; en sortant de la cavité buccale, il est devenu un signe verbal qui va s'allier avec d'autres signes semblables pour éveiller dans notre esprit l'idée que leur association représente.

Pour faire subir aux sons glottiques cette espèce de remaniement, qui en fait les voyelles en ajoutant le timbre à la tonalité, la bouche s'emploie à la façon d'un résonnateur, mais d'un résonnateur de forme et de capacité variables, susceptible conséquemment de s'adapter, par une véritable accommodation, à la réalisation des timbres les plus variés, partant, à la produc-

(1) Certains idiomes, cependant, font un usage immodéré des consonnes, sans donner pour cela une impression désagréable ou dure. C'est ainsi que les langues slaves, qui passent pour agréables à entendre, ne craignent pas de réunir, dans une même syllabe, trois ou quatre consonnes avec une seule voyelle (par ex. *drwa, grzbiet* : voir grammaire polonaise de Nehring, 1879, 6^e éd. p. 10 ; citée par Voltolini : *Die Krankheiten der Nase*, etc. p. 20). Cette polygamie des voyelles est, au contraire, odieuse aux Italiens, qui ne peuvent se résigner à prononcer trois consonnes de suite : on sait les artifices qu'ils emploient pour éviter ces rencontres dysphoniques (*lo specchio* au lieu de *il specchio*, etc)

tion de toutes les voyelles purement buccales. La bouche choisit, peut-on-dire, parmi les harmoniques du son composé que lui apporte le larynx, celui qui correspond à la vocable de la voyelle qu'il s'agit de produire ; elle approprie alors sa forme et sa capacité à la tonalité de cette vocable, se met véritablement à l'unisson et se dispose par là à renforcer cet harmonique au détriment des autres ; elle ne crée pas, en définitive, elle accentue simplement, elle souligne la note caractéristique de la voyelle demandée, note qui se trouvait, mais à l'état latent, parmi les nombreuses harmoniques du son laryngé.

Pour passer d'une voyelle à l'autre, au moment où s'accomplit la rapide succession des sons du langage parlé, la bouche est donc obligée de subir des changements de forme incessants et mathématiquement réglés par les lois accoustiques. La simplicité des rapports de tonalité entre les vocables des différentes voyelles semble lui faciliter cette tâche et il se peut fort bien, ainsi que le fait remarquer M. König, que la simplicité de ces rapports soit « la cause physiologique qui fait que nous retrouvons toujours à peu près les mêmes cinq voyelles dans les différentes langues, quoique la voix humaine en puisse produire un nombre indéfini, comme les rapports simples entre les nombres de vibrations expliquent l'existence des mêmes intervalles musicaux chez la plupart des peuples » (1). Nous avons en effet indiqué que les « notes fixes » des voyelles sont régulièrement séparées par un intervalle d'une octave, c'est à dire que la série formée par le nombre des vibrations correspondant à chacune d'elles constitue une progression géométrique dont la raison est 2 :

le si b_2 de l'ou	répond en effet à	470 vibrations	
le si b_3 de l'o	»	»	à 940 »
le si b_4 de l'a	»	»	à 1880 »
le si b_6 de l'é	»	»	à 3760 »
le si b_6 de l'i	»	»	à 7520 »

(1) R. KÖNIG, loc. cit. (cité par MONOYER et IMBERT, Physique médicale, 2^e édit., 1884, p. 279).

Malgré la mobilité et la souplesse des parois du résonnateur buccal, malgré l'espèce de piston charnu que la langue forme dans sa cavité et qui en diminue plus ou moins l'amplitude, la bouche ne s'impose, pour la formation des voyelles, qu'un nombre de transformations assez limité : cinq voyelles principales, avec quelques sous-variétés, voilà à quoi se réduiraient nos ressources sous ce rapport, si nous n'usions d'un artifice pour augmenter notre bagage phonétique sans imposer un surcroît de besogne à la cavité buccale déjà passablement active. C'est le résonnateur nasal qui intervient alors, reprend toutes les voyelles buccales primitives, et leur ajoute une nuance qui fait de chacune d'elles un son nouveau.

Ce procédé économique, qui permet de doubler sans frais le nombre des voyelles dont nous disposons, consiste simplement à abaisser le voile du palais, au lieu de le maintenir accolé au pharynx, pendant que la cavité buccale prend la forme particulière à chacune des voyelles simples : donc, sans cesser de subir l'élaboration buccale qui lui donne sa forme de voyelle, le son, au lieu de résonner simplement dans la bouche, va retentir dans la cavité nasale, y prend ce timbre plein et un peu sourd que nous connaissons tous et qui est loin d'être sans agrément ; il devient, en un mot, la variété nasalisée de la voyelle buccale pour laquelle la bouche est à ce moment accommodée.

V

Cette faculté de produire à volonté des sons nasals et des sons clairs joue, comme on voit, un très grand rôle dans le mécanisme du langage : elle ne multiplie pas seulement notre provision de signes sonores, elle donne aussi à la parole une variété de timbre qui fait le charme de certains idiomes où ce procédé est largement mis en usage. Mais on comprend, que, dans ces langues, qu'on pourrait appeler les langues nasales, le moindre trouble mécanique, apporté par la maladie dans l'état des fosses nasales ou dans le jeu du voile du palais, se

fera sentir par des défauts de prononciation plus appréciables que dans les langues proprement buccales, où cet élément intervient peu. L'étude des troubles phoniques de cette origine présente donc pour nous une sorte d'intérêt national ⁽¹⁾.

D'ailleurs cette variété de dyslalies représente, pour le moment, une catégorie assez confuse, et les longues considérations théoriques où nous venons de nous attarder n'ont d'autre excuse que de nous avoir préparés à y apporter peut-être un peu d'ordre.

Jusqu'ici, tous les troubles de la parole qui ont quelque chose à voir avec la résonnance nasale sont le plus souvent jetés pêle-mêle dans un chapitre qui a besoin d'être révisé : c'est certainement un défaut d'analyse que de confondre sous le titre commun de *nasonnements* ou de *rhinolalies* tous les cas où l'influence des fosses nasales sur la voix se trouve pathologiquement ou congénitalement troublée, sans même distinguer si cette influence est altérée par excès ou par défaut.

L'intervention régulière et la participation opportune de

(1) On ne se doute peut-être pas que c'est ce caractère particulier de la langue française qui a été la cause de nos révolutions politiques. C'est pourtant ce que M. Voltolini a découvert (Rudolph Voltolini. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes etc., Breslau, 1888, pp. 19 et 20). Le passage où il développe sérieusement cette singulière théorie est assez originalement malveillant pour mériter qu'on le connaisse. Je ne commente pas, je traduis :

Après avoir démontré que le nez est « l'organe critique » par excellence et que, dans toutes les langues indo-germaniques, le mot qui exprime la négation commence invariablement par un son nasal « n », il poursuit textuellement :

« Il est significatif que la langue de tout un peuple — ce sont les Français que je veux dire — soit essentiellement basée sur des intonations nasales ; c'est peut-être le seul exemple de cette particularité linguistique. Plus un Français cultivé s'étudie à parler élégamment, plus il accentue ces sons nasaux. En allemand, cette façon de parler est le propre des gens qui affectent des manières distinguées et hautaines. Aussi me paraît-il que la langue française, n'exprime pas seulement le caractère arrogant (« *hochnäsiges* » Wesen) de ce peuple, mais aussi quelque chose de cet esprit de négation qui lui est particulier. Cet esprit de négation ne s'est-il pas manifesté par les incessantes révolutions que cette nation a traversées depuis cent ans ? »

Encore une fois, je ne veux point discuter ces aménités allemandes ; je remarquerai seulement que M. Voltolini avait besoin de nous apprendre que, chez nous, la suprême élégance consistait à parler du nez.

cette résonnance nasale à la formation des sons du langage se trouve tout naturellement liée à deux conditions nécessaires.

La première, toute physique, consiste dans l'intégrité anatomique des fosses nasales et suppose l'état parfait de l'instrument résonnateur : épaisseur et consistance des parois, dimension des orifices, persistance de la capacité intérieure, tels sont les éléments dont les variations, exactement comme pour les sphères d'Helmholtz, déterminent les conditions de la résonnance et règlent les qualités du timbre nasal. Il est donc aisé de prévoir que toute altération matérielle, capable de modifier un ou plusieurs de ces éléments, se traduira fonctionnellement par un trouble de la parole, trouble qui portera surtout, et parfois exclusivement, sur les sons à timbre nasal.

La seconde condition nécessaire au bon usage des sons nasals, c'est la perfection du mécanisme qui permet de les faire intervenir quand il faut, de supprimer ou d'introduire l'action du résonnateur nasal suivant que le voile palatin en ferme la cavité ou la laisse largement communiquer avec la bouche. C'est dire que le voile du palais doit avoir conservé non seulement son intégrité anatomique, mais aussi son activité fonctionnelle : le développement imparfait de cet organe, les solutions de continuité qui l'ontament, les altérations musculaires ou nerveuses qui suppriment sa contractilité, les tumeurs de la région et les gonflements inflammatoires qui gênent son fonctionnement peuvent, aussi bien que les altérations de la cavité nasale elle-même, déterminer les désordres vocaux que nous indiquions tout à l'heure. Et les deux états opposés d'occlusion et d'ouverture sont si également indispensables à l'intégrité de la fonction, que celle-ci peut être aussi bien troublée par une adhérence, qui empêche le voile du palais de s'ouvrir, ou par une perte de substance, qui l'empêche de se fermer.

L'intervention de la résonnance nasale dans la formation des sons vocaux peut en effet se trouver pervertie de deux façons très différentes ou mieux directement opposées.

Imaginez qu'un des obstacles que nous énumérions tout à l'heure empêche le voile de fermer les fosses nasales, comme il doit régulièrement le faire pour tous les autres sons que les sons nasals; ou bien qu'une perte de substance établisse à de-

meure, entre la bouche et les fosses nasales, cette communication qui doit n'être qu'intermittente. On verra se produire alors, d'une façon inévitable et continue, ce qui, dans les conditions normales, ne doit arriver que passagèrement : j'entends la participation des fosses nasales au renforcement des sons laryngés. Tous les sons deviennent alors plus ou moins complètement nasalisés ; il n'y a plus de sons buccaux purs, et les voyelles simples ne se distinguent plus des voyelles dites composées. Cette action intempestive de la résonnance nasale constitue le nasonnement proprement dit, le trouble que Kussmaul ⁽¹⁾ a désigné sous le nom de *rhinolalie ouverte* (*rhinolalia aperta*).

Supposez au contraire que le résonnateur nasal soit, par le fait d'un désordre quelconque, supprimé ou isolé de la cavité buccale. Le trouble qu'on observera va devenir absolument l'inverse de celui que nous venons de décrire : le malade, qui tout à l'heure prononçait toutes les voyelles avec le timbre nasalé, ne peut plus maintenant réaliser que des sons buccaux ; et l'intervention des fosses nasales, qui péchait alors par excès, pêche maintenant par défaut.

C'est donc bien à tort, suivant moi, qu'on fait communément de ce trouble phonique, une variété de nasonnement et que Kussmaul ⁽²⁾ l'oppose à la forme précédente sous le nom de *rhinolalie fermée* (*rhinolalia clausa*). Il ne s'agit en réalité ici ni de nasonnement ouvert, ni de nasonnement fermé, mais d'une altération vocale qui consiste précisément dans l'absence de nasonnement ; et, bien loin d'abuser de ses fosses nasales, ainsi qu'il arrivait dans le cas précédent, le malade à présent ne sait plus s'en servir. Ecoutez parler un enfant qui a des végétations adénoïdes ou simplement un homme atteint de coryza. Peut-on correctement affirmer qu'ils parlent du nez, comme fait par exemple un sujet qui a une perforation palatine ou une paralysie du voile du palais ? Il me semble, pour moi, qu'on devrait plutôt dire qu'ils ne par-

(1) AD. KÜSSMAUL. Les troubles de la parole, trad. par Rueff. Paris 1884. p. 323.

(2) Loc. cit. p. 326.

lent pas assez du nez. Ce sont précisément les émissions nasales qui sont absentes de leur langage ; et non seulement les voyelles nasales, mais les consonnes résonnantes sont invariablement remplacées par leurs correspondants buccaux : ces malades disent *baba* quand ils devraient dire *maman*, prononcent *do* au lieu de *non*, suppriment, en un mot, tous les sons nasals et leur substituent des sons clairs, pour la bonne raison qu'ils ont perdu leur résonnateur nasal ou ne peuvent plus s'en servir. C'est à cette voix sans éclat et sans timbre, parce qu'elle résonne uniquement dans la bouche, que Meyer (1) a donné, en parlant des adénoïdiens, le nom si expressif et si vrai de « voix morte. »

Voilà pourquoi, je le répète, le mot rhinolalie ou celui de nasillement, qui contiennent l'idée d'une prononciation nasale excessive, disent précisément l'opposé de ce qu'ils devraient dire, et donnent des troubles qu'ils désignent une idée parfaitement fausse. S'il faut absolument exprimer ce défaut par un terme venant du grec, je propose celui de *stomatolalie*, qui oppose plus justement le désordre actuel à la première forme que nous avons décrite : le malade de tout à l'heure parlait constamment par le nez, celui dont il s'agit maintenant ne parle plus que par la bouche.

VI

Nous pouvons à présent établir, je crois, sur les considérations qui précèdent, une nomenclature assez simple des variétés de dyslalies produites par la perversion de la résonnance nasale :

1^o *Troubles phoniques dus à l'intervention continue ou interpestive du timbre nasal.* — Le défaut d'occlusion des fosses nasales, qui entraîne ce vice de prononciation, peut reconnaître deux origines distinctes : tantôt il a pour cause une

(1) W. MEYER. *Hospitals tidende*, 4 et 11 Nov. 1868. Copenhague.

In. Ueber aden. Veget. in der Nasenrachenhöhle, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. VII et VIII, 1873 et 1874.

solution de continuité de la voûte palatine osseuse, tantôt une lésion anatomique ou une altération fonctionnelle qui empêche le voile du palais d'établir, d'une façon suffisante, l'isolement intermittent des cavités nasales.

Les perforations plus ou moins larges, ouvertes dans le palais osseux sont, comme on sait, tantôt congénitales, tantôt pathologiquement acquises.

Les premières appartiennent aux diverses variétés du bec de lièvre dit complexe et forment en général des fissures très étendues qui divisent, d'un bout à l'autre, non seulement la cloison palatine osseuse, mais encore le voile du palais.

Les secondes affectent plutôt la forme d'orifices plus ou moins circulaires et reconnaissent presque toujours la syphilis pour origine.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire détaillée de ces deux ordres de lésions ; je ne fais que les signaler comme éléments étiologiques. Il importe cependant de noter que ces perforations de la portion osseuse entraînent généralement les troubles de prononciation les plus graves ; on sait qu'un orifice de deux ou trois millimètres ouvert dans le palais osseux suffit pour provoquer le nasillement le plus épouvantable et rend la parole à peu près inintelligible.

Les lésions anatomiques ou les désordres fonctionnels qui entraînent l'insuffisance du voile palatin dans son rôle d'opercule pharyngo-nasal reconnaissent également une provenance congénitale ou une origine morbide.

Je ne reviendrai pas sur les divisions complètes du palais membraneux qui compliquent le plus souvent les arrêts de développement de la voûte palatine osseuse ; je les ai signalées avec ces dernières. Mais il est une variété d'insuffisance vélo-palatine sur laquelle M. Lermoyez (1) a dernièrement attiré l'attention dans un travail fort remarquable, et qui nous offre ici un intérêt d'autant plus grand, que le nasillement est l'unique symptôme par lequel la lésion se manifeste cliniquement. Cet arrêt de développement est constitué essentiellement par une brièveté anormale de la voûte osseuse, qui offre

(1) L'insuffisance vélo-palatine, loc. cit., p. 161-205.

en même temps, sur son bord postérieur, une profonde échancre triangulaire, au lieu de l'arête transversale et linéaire que forme ce bord à l'état normal : la conséquence de cette anomalie évolutive, c'est que le voile du palais, inséré trop en avant, ne peut, quoique fonctionnant d'une façon parfaitement régulière, s'accoler à la paroi postérieure du pharynx et remplir convenablement son rôle de cloison transversale.

Le résultat fonctionnel est un nasillement prononcé, qui se distingue des autres variétés par son origine congénitale et par l'absence, à première vue, de toute lésion matérielle, le défaut de longueur de la voûte ne pouvant être reconnu que par un examen attentif ou par des mensurations très précises.

Parmi les affections acquises qui compromettent le fonctionnement du voile, les unes sont des désordres matériels qui en altèrent anatomiquement la texture : ce sont des pertes de substance dont la syphilis encore fait le plus ordinairement les frais, des adhérences anormales, qui fixent plus ou moins le voile à la paroi, ou des altérations cicatricielles qui lui enlèvent sa forme, sa mobilité et sa souplesse ; ce sont enfin des néoplasmes, d'aspect et de volume variables, qui tantôt incrustés dans le voile lui-même, tantôt saillants sur la paroi pharyngienne, mettent, dans les deux cas, obstacle à la parfaite juxtaposition des surfaces, d'où résulte, à l'état normal, l'occlusion hermétique de l'orifice.

Les autres, d'ordre fonctionnel, comprennent les nombreuses variétés étiologiques des paralysies vélo-palatines. On sait toutes les affections qui comptent, parmi leurs symptômes, ce trouble moteur, isolé ou associé à des paralysies de voisinage. Les lésions en foyers ou diffuses du bulbe (paralyse labio-glosso-laryngée) ou du cerveau, certaines paralysies d'origine infectieuse (diphthérie) réalisent cette localisation avec une fréquence sur laquelle il est superflu d'insister et s'expriment invariablement par un nasonnement plus ou moins intense accompagné, dans la plupart des cas, d'un certain degré de dysphagie et du reflux par le nez des aliments ou des liquides.

2°. *Troubles phoniques dus à la suppression ou à la diminution de la résonnance nasale, (stomatolalie).* — Ce défaut

de prononciation qui est, nous le savons, l'opposé du nasillement vrai, a pour cause, nous l'avons vu, la disparition permanente de la part que les fosses nasales prennent normalement à la production des sons nasals. Or, deux circonstances anatomiques bien différentes peuvent créer cette situation.

Tantôt c'est la cavité même qui se trouve plus ou moins comblée, soit par des tumeurs de diverse nature, polypes, myxangiomes des cornets, tumeurs malignes, soit par le simple gonflement inflammatoire de la muqueuse, soit même par l'accumulation de mucosités ou de croûtes.

Ou bien la cavité persiste, le résonnateur est conservé, mais des adhérences du voile, ou une obstruction du pharynx nasal (végétations adénoïdes, polype naso-pharyngien), l'empêchent de s'ouvrir quand il faut pour laisser entrer les ondes sonores apportées par le conduit pharyngien. Dans l'un comme dans l'autre cas, le résultat fonctionnel est le même : occlusion de l'orifice ou encombrement de la cavité aboutissent également à supprimer le compartiment nasal dans la boîte de résonnance sus-glottique.

3°. *Formes mixtes*. — Il semble tout d'abord assez difficile d'admettre que les deux troubles précédents, produits par des causes absolument opposées, puissent se rencontrer réunis. Entre ces deux formes extrêmes, l'une où le sujet met partout le timbre nasalé, l'autre où il ne le met nulle part, il existe pourtant des cas mixtes, où l'on constate très nettement, en analysant la voix du malade, les deux variétés d'altérations phoniques que nous venons de décrire : les sons nasaux manquent de résonnance ; ils ont ce timbre éteint et mort qui indique une obstruction plus ou moins complète et caractérise ce que nous avons nommé tout à l'heure la stomatolalie. Et cependant l'ensemble du langage offre, dans tous ses éléments, un caractère nasillard qui est manifestement de la rhinolalie vraie. Il semble que les sujets en question aient perdu le pouvoir de faire un équitable emploi de leur résonnance nasale : ils la mettent là où elle ne devrait pas être et ne l'obtiennent, quand il le faudrait, que d'une façon imparfaite. Cette contradiction apparente reconnaît, je crois, cependant une explication très simple.

Les mêmes causes qui occasionnent l'obstruction de la cavité gênent le plus souvent aussi les mouvements du voile du palais : le fait n'est pas douteux pour les obstructions postérieures (tumeurs du pharynx nasal, végétations adénoïdes) ; mais il est vrai également quand l'obstacle siège en avant : voici alors le mécanisme un peu plus indirect qui explique, dans ce dernier cas, le défaut d'occlusion postérieure.

On sait que le rapprochement des piliers, qui ferme le pharynx nasal, s'accompagne d'une ascension du voile et d'un resserrement marqué de la cavité naso-pharyngienne dans le sens antéro-postérieur : cette diminution de capacité passe fonctionnellement inaperçue quand les orifices des narines sont libres. Mais, si les cavités nasales sont obstruées à leur partie antérieure, elle se traduit forcément par une augmentation de pression. Essayez de faire un mouvement de déglutition en serrant fortement les narines entre les doigts : vous éprouvez nettement la sensation de cette pression exagérée, qui se traduit le plus souvent par la pénétration forcée de l'air dans la trompe. Il en est exactement de même pendant l'émission des sons clairs, qui s'accompagnent, eux aussi, de cette ascension du voile du palais : au lieu de fuir par les narines à mesure que le voile s'élève, l'air contenu dans les fosses nasales, lui oppose sa résistance élastique ; et le voile, le plus souvent, cédant devant l'obstacle à vaincre, ne se ferme qu'à demi. Voilà comment le simple coryza produit souvent ces troubles mixtes et réalise à la fois la stomatolalie dans les sons nasaux et la rhinolalie dans les sons clairs : les voyelles nasales sont mauvaises, parce que le résonnateur, plus ou moins obstrué, vibre mal ; les buccales ne sont pas meilleures, parce que le voile du palais ne remplit plus qu'à demi son rôle de cloison isolante.

J'ai résumé, dans le tableau suivant, les différentes variétés que je propose d'établir parmi les troubles phoniques dus à l'excès ou au défaut de la résonnance nasale.

DYSALIES D'ORIGINE NASALE

I. Excès de résonnance nasale. **Rhinolalie**, Nasillement vrai
(*Rhinolalia aperta*, de Küssmaul).

1 ^o Par lésions de 1 ^a voûte osseuse . . .	Lésions anatomiques	congénitales	{ fissure palatine, bec de lièvre compliqué.
		acquises	{ perforations, traumatisme, syphilis.
2 ^o Par lésions du voile du palais.	Lésions anatomiques	congénitales	{ fissure vélo- palatine.
		acquises	{ perforations.
	Lésions fonctionnelles	congénitales	{ insuffisance vélo-palatine.
		acquises	{ paralysies.

II. Défaut de résonnance nasale. **Stomatolalie**
(*Rhinolalia clausa*, de Küssmaul).

1 ^o Par occlusion permanente de l'orifice	adhérence du voile tumeurs du pharynx nasal	{	végétations adénoï- des. polypes naso pha- ryngiens, etc.
2 ^o Par oblitération des cavités.	Tumeurs	{	sarcômes, polypes muqueux, etc.
	Hypertrophie des cornets	{	(myxangiôme diffus.)
	Gonflement inflammatoire. Mucosités et croûtes.	{	

III. Formes mixtes.

Causes anatomiques produisant à la fois l'occlusion des cavités nasales (*stomatolalie*) et l'insuffisance du voile (*rhinolalie*).

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA SURDI-MUTITÉ

Par le Dr **ED. GIAMPIETRO.**

Le nombre des médecins est bien rare, qui s'occupent des lésions de la sphère fonctionnelle du sens de l'ouïe au point de vue de l'influence qu'elles peuvent avoir sur l'évolution organique des centres consacrés du langage, qui constituent en grande partie la base matérielle de la pensée.

Certaines données sont déjà acquises pour ce qui concerne la pathologie de l'organe de l'ouïe et les aphasies. Mais la méthode qu'on a suivie généralement dans ces études ne pouvait aboutir à des résultats pratiques et utiles. Elles se sont maintenues sur deux lignes parallèles, et par conséquent les conclusions, quoique très importantes au point de vue de la spécialité, n'ont pas profité à la clinique générale et à l'étude de la pathologie de ces lésions associées qui donnent lieu à cette maladie bien pénible qu'on connaît sous le nom de surdi-mutité. Les idées, en effet, qui circulent sur la pathogénie et le traitement de la surdi-mutité, se ressentent du défaut de la méthode, et ne diffèrent que peu, sous le rapport de la clinique médicale de celles qui ont contribué à soustraire les sourds-muets à l'action utile de la médecine pratique en les retenant dans le cercle d'un empirisme pédagogique bien dangereux sur l'avenir de leur existence.

Les importantes recherches sur les localisations cérébrales, celles sur les différentes formes d'aphasie, les données déjà acquises à la statistique et à la pathologie de la surdi-mutité, n'ont pas profité d'une manière efficace à la thérapeutique de la surdi-mutité, non plus qu'à celle des formes différentes d'aphasie qui néanmoins ressortissent au même territoire de la fonction de l'ouïe.

En France, les essais faits par Itard, en Angleterre par Willis, n'ont pas établi des principes positifs dans la thérapeutique de la surdi-mutité ; au contraire, il me semble, ils ont contribué à arrêter l'importante question aux approches de la science sans pouvoir franchir la limite qui sépare l'empirisme du rationalisme expérimental. Les auristes ont envisagé la question au point de vue de la pathologie de l'oreille et dirigé leurs efforts dans le but de restaurer la fonction de l'ouïe ; mais, après avoir obtenu ce résultat, on attendait en vain un pareil effet sur celle du langage articulé : les sourds-muets demeuraient muet-entendants. Les choses ne sont pas allées différemment, pendant les premières dix années de ma pratique, dans le traitement des sourds-muets.

Il m'a fallu encore dix années d'expérience, de tâtonnements, et encore l'observation attentive de la manière dont se développe le langage articulé dans la première enfance, pour admettre que cette fonction acquise par l'action lente de l'atavisme, réclame l'exercice de quatre autres centres, outre celui qui est localisé dans le bulbe (centre auditif-bulbaire). Et par conséquent la guérison de la surdi-mutité, même dans les cas dits *ab aure læsa*, est subordonnée non seulement à la restitution fonctionnelle de l'organe de l'ouïe, mais encore, ce qui est bien plus difficile et plus long, à l'éducation physiologique des centres associés du langage articulé. Mon système orthophonique se trouve fondé sur ces principes qui ressortent de la physiologie et la biologie moderne.

Je me propose de venir les exposer dans le cours de ce travail, en espérant bien que mes idées pourront mériter l'attention de mes estimables collègues, et le voir éclairer par la contribution efficace de leur expérience personnelle dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

J'ai fait l'épreuve sur un grand nombre de sourds-muets, dans les écoles que j'ai soigneusement visitées en Allemagne, Angleterre, Italie et en Russie, ainsi que dans l'Institut royal des sourds-muets de Naples dont pendant neuf ans j'ai eu la direction clinique. De mes observations résulte que sur cent sourds-muets il y en a 60 affectés de surdité totale, 30 avec perception des sons, 10 avec audition de la voix et de certains mots. Or,

malgré cette remarquable différence d'aptitude entre les élèves d'une même école, on les voit tous soumis à la même méthode d'instruction, et on est même arrivé, dans le congrès tenu en 1880 à Milan, à admettre le langage articulé comme la seule méthode rationnelle (sic) d'enseignement applicable à tous les sourds-muets. Et même j'ai entendu dire par certains instituteurs, *qu'ils ne doivent pas tenir compte de l'existence d'un restant d'audition, puisque l'enseignement du langage articulé avance plus rapidement chez les sourds-muets complètement sourds, tandis qu'on trouve des obstacles chez ceux qui entendent un peu la voix.* Voilà une affirmation bien étrange qui se trouve en complète contradiction avec ce que nous prouve l'expérience journalière de la vie et avec ce que nous savons de la nature de la pensée et de l'évolution organique de la parole. La question de l'éducation des sourds-muets n'a pas intéressé jusqu'à nos jours la médecine d'une manière réelle et efficace : elle a été étudiée dans un sentiment de charité et sur les données de la pédagogie empirique, conservant de ces malheureux, chez l'opinion publique et les gouvernants, un type unique d'imperfection qui n'est pas dans la pathologie, ce même type pénible d'imperfection qui au temps de Sparte était corrigé par le triste rocher du Taygète.

Les asiles répandus sur une grande partie de l'Europe, de même qu'en Amérique, partout où a pénétré le souffle de la charité civile, devinrent des écoles, et les résultats qu'on en retire démontrent l'inutilité des efforts des instituteurs pour combler les lacunes de ces esprits où les lois de la nature organique ont fait défaut. Ainsi il est facile de prouver que sur cent élèves il y en a un tiers environ qui parlent assez distinctement pour se faire comprendre ; chez les autres au contraire le langage sonne d'une manière si confuse qu'on ne découvre le sens des mots que par un certain effort d'attention, ou par la fréquentation répétée de l'individu. Mais il y en a d'autres qui ne peuvent jamais arriver à parler et pas même à prononcer une parole. Et ce sont ceux qui sont affectés d'aphasie motrice de nature destructive.

Quelle est donc la raison qui fait que, dans une même école, il y a un petit nombre de sourds-muets qui arrivent à parler

presque distinctement et d'autres qui ne peuvent prononcer un mot ? Et ceux-là qui peuvent parler d'une voix claire ne devraient-ils mériter d'autres soins que ceux de la pédagogie.

Restons dans les limites de la clinique et de la physiologie expérimentale. Nous avons énoncé tout à l'heure que la raison de cette différence repose sur ce fait, à savoir que les sourds-muets qui arrivent à parler ce sont ceux qui conservent un degré d'ouïe assez suffisant pour entendre les sons et la voix, ou ceux qui conservent le pouvoir latent des centres acoustiques qui se trouvent disséminés dans l'écorce cérébrale. L'excitation de ces centres peut s'effectuer soit par voie directe au moyen des stimulations phoniques qui agissent de l'extérieur, provenant d'un protovibrateur, sur les ramifications périphériques du nerf acoustique, soit par voie indirecte ou interne, au moyen des centres inférieurs d'articulation, lesquels se mettent en mouvement lorsqu'entrent en action les muscles de l'appareil glossopharyngien avec le concours de l'attention.

On peut donc bien s'expliquer comment il se peut que des sourds-muets complètement sourds et n'entendant guère les sons ou la voix puissent arriver, à la suite de longs exercices, à prononcer des phrases et à lire. Mais il est vrai aussi que leur prononciation n'atteindra jamais le son clair de la voix humaine, ni la clarté de timbre, qui donne aussi l'indice du caractère de l'individu et de ces émotions qui sont en rapport des quantités phoniques qui sont parvenues de l'extérieur pour aller exciter par influence des vibrations cellulaires analogues : autant de mouvements cellulaires internes, autant de mouvements à l'extérieur. La parole articulée est un son organisé : sans l'ouïe il n'y a pas de parole ; plus il reste d'audition externe, moins d'imperfection il y aura dans la prononciation : cela est clair et ressort aussi de l'observation générale de ceux qui sont affectés de surdité grave, et qui, même après avoir joui de l'ouïe et de la parole, perdent avec la surdité le pouvoir de régler leur voix et cette souplesse de nuances qui en forme le charme et la valeur caractéristiques. *Et auditu spiritus.*

À la suite de la scarlatine, du typhus ou de la méningite bacillaire, il en résulte bien souvent une surdité totale pour les

sons externes. C'est une lésion du centre acoustique bulbaire déterminée effectivement sur les noyaux acoustiques qui restent atrophiés par hypertrophie du tissu connectif. Des recherches que j'ai poursuivies sur les cadavres d'enfants morts à la suite de méningite bacillaire ou de typhus semblent établir que l'oreille est une route préférée pour l'introduction dans l'organisme des germes infectieux qui produisent la méningite bacillaire, le typhus et la scarlatine. En effet, l'otite purulente est une complication presque constante dans le cours des précédentes maladies, ainsi que la surdité grave est une des premières lésions sensorielles qui se manifeste dans la méningite bacillaire de même que dans le typhus.

En tous ces cas, la lésion de la sphère sensorielle auditive est limitée d'ordinaire dans l'oreille moyenne, antre mastoïdien, vestibule, cochlée, où se trouve localisé le foyer de l'infection microbienne. Elle se propage au bulbe en longeant les ramifications de l'acoustique. Les enfants frappés de ces lésions deviennent aphasiques par effet de l'engourdissement progressif du centre psycho-volitif qui est représenté, selon mon opinion ⁽¹⁾ par les couches optiques.

Il en résulte inévitablement l'aphasie, appelée *ab aure læsa*, que j'appelle *amnésie psychique*. L'organisation des sons articulés ne se fait plus dès que viennent à cesser les perceptions auditives externes. L'attention si faible dans l'enfance s'affaiblit peu à peu, le nombre des mots acquis se réduit, on finit par les oublier. Est-ce une aphasie motrice? non, sûrement, parce que s'il est possible au malade de reproduire l'articulation des paroles, il les oublie peu à peu par défaut d'exercice; c'est donc une *amnésie verbale*. De même que peu à peu se décolorent et s'évanouissent les images qui nous ont impressionnés et nous ont fait frémir dans le passé.

Dans le mutisme *ab aure læsa* (*cofoko-aphasie-psychique* ou *cofoko-amnésie verbale*) la fonction des centres associés du langage est seulement suspendue : elle subsiste à l'état latent. Dans la suite de ce travail nous nous occuperons des moyens

(1) Voir GIAMPIETRO, Essai de classification, etc. *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, Paris, 1892.

mis en œuvre pour diagnostiquer et combattre utilement cette forme de surdi-mutité *ab aure læsa*. Les sourds-muets qui en sont atteints constituent une première catégorie, bien distincte par la nature, le siège et le degré de la lésion, ainsi que par le pronostic.

Il va sans dire que le traitement doit différer positivement d'un cas à l'autre, limitant le traitement othérapeutique aux cas de lésions de la sphère périphérique de l'organe de l'ouïe ; celui-ci sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué d'une époque plus proche de la maladie et plus promptement suivi de l'éducation physiologique des centres associés du langage articulé.

(A suivre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

Treizième congrès annuel, tenu à New-York les 22, 23 et 24 mai 1893.

Président, MORIN J. ASCH (de New-York).

1^o La diphthérie, sa prophylaxie, son traitement. — BEVERLEY-ROBINSON. Cette étude d'ensemble et la discussion qui suit et à laquelle prend part en particulier MACLELLAN (de St-Louis), montrent l'inefficacité des fumigations sulfureuses, comme désinfectant ; les deux indications principales du traitement sont : 1^o antisepsie de la gorge et du larynx ; 2^o bonne alimentation de l'enfant.

2^o Le galvanocautère dans la staphylootomie. — DE BLOIS (de Boston). L'emploi du galvanocautère diminuerait beaucoup les douleurs consécutives à l'amputation de la luette. De Blois fait cette amputation à un demi-pouce du voile du palais. Lui-même eut la luette amputée aux ciseaux et peut affirmer que les douleurs ont été pendant quatre jours très vives.

KNIGHT pense qu'on doit chercher à ne couper que la muqueuse relâchée. Il faut que la surface de section regarde en arrière pour éviter la douleur au moment de la déglutition.

3° **Sarcome du voile du palais.** — SIMPSON (de New-York). Ce cas montrait nettement la transformation d'une tumeur bénigne (papillome) en tumeur maligne. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans qui subit plusieurs opérations successives dont la dernière fut l'ablation de tout le voile du palais. Un accident entraîna la mort qui survint deux ans et trois mois après le début des papillomes, huit mois après la dernière opération. Cette communication est suivie d'une discussion : 1° sur la transformation des tumeurs bénignes ; 2° sur les guérisons durables sans récidives.

WRIGHT croit que la tumeur a été maligne dès le début. L'aspect typique de papillome ne signifie rien sans examen microscopique. Beaucoup de papillomes ne sont en effet que des végétations développées sur un sarcome, un épithélioma ; ils peuvent même être syphilitiques ou tuberculeux.

ROX partage l'opinion de Wright. Il a vu pourtant une transformation très nette de tumeur bénigne en tumeur maligne. Un angiome du nez (examen histologique fait) fut opéré à quatre reprises. La nature sarcomateuse se développa de plus en plus à chaque récidive. Le malade finit par mourir d'épuisement.

SOVAIN a observé un malade de 63 ans qui, cinq ans avant d'être atteint d'épithélioma du larynx, commença à présenter un myxome simple de l'espace sous-glottique. Quand l'épithélioma força à la thyroéctomie, on trouva d'une part un épithélioma type, d'autre part, un myxome qui commençait à subir lui aussi la transformation épithéliomateuse. Le malade mourut de pneumonie.

GLASGOW cite un fait de transformation de papillomes du larynx en épithélioma. La possibilité de cette transformation rend l'intervention nécessaire dans les tumeurs bénignes.

KNIGHT, dans les rares cas analogues qu'il a vus, croit que le papillome était malin d'emblée. L'examen microscopique de simples fragments peut avoir une valeur positive pour la malignité, mais sa valeur négative est fort douteuse.

CLINTON WAGNER rapporte deux faits de transformation : 1° papillome transformé en épithélioma (examen histologique) ; 2° papillome récidivé sous forme douteuse, papillome, sarcome, épithélioma, d'après trois histologistes différents.

KNIGHT défend la malignité d'emblée en raison surtout de la rapidité des récidives.

WRIGHT croit que le diagnostic clinique a autant et peut-être plus de valeur que l'examen microscopique.

SONGIN insiste sur les faits où la transformation est évidente, où des tumeurs laryngées présentent sur une formation ancienne bénigne une nouvelle formation maligne.

WRIGHT insiste sur les difficultés qu'il y a à distinguer histologiquement parmi les tumeurs laryngées : 1° le sarcome à cellules rondes ; 2° le tissu granuleux (syphilis ou tuberculose) ; 3° le tissu lymphoïde.

FAILOW a opéré, il y a quatre ans, un fibrosarcome (examen histologique) de la cloison, sans récidive.

ROBINSON connaît un fait analogue opéré par Bull.

GLEITSMANN a observé un sarcome de l'amygdale opéré depuis deux ans sans récidive.

DE ROALDES a vu dans sa propre famille une hypertrophie fibreuse de l'amygdale enlevée partiellement. Depuis six ans la santé est restée parfaite, et cependant le fragment enlevé a été regardé par tous les histologistes comme un sarcome à cellules rondes.

SHURLY dans sa pratique n'a jamais vu de transformation de tumeur bénigne. Pour le sein, la transformation d'adénome en épithélioma paraît pourtant certaine. On peut l'admettre au larynx par analogie.

SIMPSON insiste sur le rôle que l'irritation spontanée ou opératoire peut jouer dans les transformations de papillomes. Dans son observation le papillome avait été tourmenté par le galvanocautère et l'acide lactique.

4° Structure des polypes du nez. — JONATHAN WRIGHT. Les pièces d'origine opératoire ne fournissent pas la vraie base d'implantation. Les pièces obtenues par l'autopsie sont altérées. Il étudie successivement l'épithélium des polypes, leur stroma, l'œdème qui les atteint souvent, le fluide qui s'en écoule, les cellules rondes, les glandes qu'ils renferment, les vaisseaux, la dégénérescence kystique, l'inflammation, les corpuscules hyalins, les cellules graisseuses. Il n'y a jamais trouvé ni nerfs, ni épines osseuses. L'atrophie des polypes est toujours précédée d'une hypertrophie.

MULHALL n'admet pas ce dernier point. Il y a, de même que des rhinites atrophiques d'emblée, des polypes où l'atrophie évolue sans hypertrophie préalable.

CASSELBERY pense que, dans bien des cas, la résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen, résection qui est ordi-

nairement facile, permettra d'atteindre le véritable point d'implantation du polype.

WRIGHT croit qu'en faisant porter les examens non-seulement sur le polype, mais sur les parties périphériques, on parviendra vite à cette conviction que l'atrophie est précédée par un travail d'hypertrophie.

Il croit que la résection proposée par Casselberry est très difficile dans de nombreux cas.

PORCHER présente un rétracteur du palais et un serre-nœud particulier qui facilitent beaucoup l'ablation des polypes nasopharyngés

50 Deux cas de tuberculose nasale. — FAIRLOW (de Boston). Dans le premier cas, ulcération chronique tenace du septum et du cornet moyen avec masse molle vasculaire hypertrophique; pas de spécificité; le curettage, l'acide lactique, les cautérisations guérissent assez vite l'ulcère du septum, l'ulcère du cornet ne fut que très amélioré. Dans le deuxième cas, forme proliférante avec grosses végétations enlevées à la curette et au galvanocautère non sans une perforation de la cloison. Il présente quelques points suspects.

DE BLOIS croit : 1° qu'il n'y a plus de distinction à établir entre la tuberculose nasale et le lupus, forme plus lente de tuberculose; 2° que la tuberculose primitive du nez est fort rare, bien plus rare que la forme secondaire à une lésion buccale; 3° que les résultats du traitement ne sont jamais que temporaires.

WRIGHT croit que la recherche des bacilles tuberculeux est indispensable au diagnostic. La présence de cellules géantes est insuffisante, car elle se rencontre dans diverses inflammations chroniques. L'examen des débris enlevés par le grattage ne montre pas toujours les bacilles et il faut souvent faire de très nombreuses coupes histologiques.

BRYAN a observé un cas de tuberculose primitive de l'espace rétro-nasal. Les produits de grattage renfermaient de nombreux bacilles. On obtint une guérison complète par la curette et des solutions fortes d'acide lactique.

CASSELBERRY croit le diagnostic difficile entre le lupus et la tuberculose. Il a vu un cas de lésion mixte avec syphilis et lupus associés. Le traitement spécifique amena une guérison partielle et le lupus persista seul.

MULHALL n'admet pas le diagnostic sans la présence des bacilles. Le traitement mercuriel aggrave toujours les lésions des muqueuses qui ne sont pas toujours d'origine syphilitique.

FAILOW croit à la possibilité de guérisons durables ; on a rapporté des cas évidents où cette guérison se maintenait treize ou quatorze ans après l'opération.

RICK a vu deux cas de lupus du nez certainement améliorés par les injections de lymphé de Koch. L'influence est au contraire nulle sur la tuberculose laryngée.

NIGHT a vu un cas de lupus, les résultats de la tuberculine ont été plutôt mauvais.

SWAIN rapporte un autre fait d'échec de la tuberculine dans un lupus du nez.

GLEITSMANN préconise le curettage, le galvanocautère, l'acide lactique.

WRIGHT a parfois vu le curettage et l'acide lactique rendre douloureuses des ulcérations jusque-là restées indolentes.

6° Intervention opératoire dans les cancers de la gorge. —

BRYSON DELAVAN. Pour apprécier la valeur des observations, il faut les diviser en trois classes : 1° observations avec durée indiquée jusqu'à la mort du sujet ; 2° avec durée jusqu'à la récurrence ; 3° avec une durée suffisante indiquée sans récurrence. Or, 30 observations de la première classe donnent une survie totale de 200 mois sans opération, l'addition des diverses survies aurait donné, d'après l'expérience de B., environ 540 mois. La durée d'un an sans récurrence est insuffisante. Sur 20 malades survivants après un an, 13 étaient morts après trois ans. Les statistiques des laryngectomies se sont améliorées et pourtant les survies de trois ans sont exceptionnelles, ce qui tient peut-être à l'effet de l'opération sur l'état général. La mort, en effet, survient souvent sans récurrence. De même, les graves opérations dans la région nasale produisent un choc ultérieur considérable. Mieux vaut ne pas s'illusionner sur la valeur thérapeutique de ces interventions et chercher par d'autres moyens à obtenir dans les cancers de la gorge ce que vraiment les grandes opérations ne donnent pas.

SOLIS COHEN croit aussi que beaucoup de faits malheureux ne sont pas publiés et qu'il y a à se défier fortement des statistiques.

DELAVAN montre que les détails manquent souvent non-seulement sur les suites éloignées mais sur les suites immédiates de l'opération, en particulier sur le traitement consécutif si difficile et si important.

7° Arthrite déformante du larynx. — CASSELBERRY. Homme de 56 ans avec dyspnée laryngée intense. A l'examen, cordes vo-

cales rapprochées, ne s'écartant pas même dans les inspirations profondes. Rougeur du larynx. Le volume des cordes, normal en avant, était augmenté en arrière. Les articulations crico-aryténoïdiennes étaient gonflées et noueuses. On songea à la trachéotomie. Heureusement l'inflammation disparut et les cordes, sans être plus mobiles, se laissèrent un peu écarter par l'air inspiré. Le sujet avait eu d'autres accès.

En faveur du diagnostic, arthrite déformante, C invoque : 1° l'existence de lésions aux membres supérieurs et inférieurs ; 2° l'évolution lente, indolente. Le malade n'a jamais eu ni goutte ni rhumatisme aigu. Il est probable que la dyspnée ira croissant à l'occasion des poussées catarrhales, à mesure que l'ankylose augmentera.

SIMPSON a vu un cas analogue chez une femme syphilitique et rhumatisante. L'ankylose n'était complète que d'un côté et pourtant la dyspnée survenait dans des poussées d'arthrite sans inflammation de la muqueuse. Dans un autre cas, la lésion articulaire lui parut congénitale. Toute tentative de chant amenait de l'enrouement et une poussée de dyspnée.

CASSELBERRY admet, à côté de la laryngite, les poussées d'arthrite. Cette arthrite déformante doit être bien distinguée, au larynx comme pour les membres, du rhumatisme et de la goutte.

8° A. **Laryngite hivernale** ; B. **Rhinite œdémateuse**. — C. MULHALL. A° La laryngite hivernale, qui ne se voit que l'hiver, a pour caractère d'avoir dès le début une sécrétion formée de croûtes adhésives. Ces croûtes produisent mécaniquement de la dysphonie, souvent une aphonie complète. L'envoi dans un climat chaud fait souvent disparaître en deux jours l'aphonie. Même action immédiate des pulvérisations laryngées tièdes qui détachent les croûtes ; ces croûtes adhèrent plus aux vraies cordes qu'aux fausses ; elles sont surtout abondantes dans l'espace interaryténoïdien. L'affection peut être aiguë et durer deux à trois semaines ; ordinairement elle se prolonge tout l'hiver. Rechutes fréquentes. Traitement, avant tout hygiénique. Pulvérisations chaudes de vaseline et d'eucalyptol. A l'intérieur, chlorhydrate de pilocarpine et chlorhydrate d'ammoniaque.

B° Six cas de rhinite spéciale caractérisée par une infiltration de sérum pur dans le tissu conjonctif au niveau des cornets inférieurs et moyens. Cette infiltration est diffuse ou généralisée, unilatérale ou bilatérale. Elle est intermittente, se terminant par un écoulement de liquide clair, limpide. La marche est aiguë ou chronique. Dans deux cas, association avec l'asthme

bronchique ; dans deux cas, association avec une teinte subictérique. Comme traitement, toutes les pulvérisations et irrigations sont très nuisibles ; scarifications pour tout traitement local dans les formes aiguës. Dans les formes chroniques, traitement des difformités nasales, traitement général par le repos sérieux, le massage, l'hydrothérapie.

SHURLY croit que la laryngite hivernale est d'origine palustre, elle survient surtout chez les obèses, les pléthoriques, les emphysemateux. C'est une affection moins locale que générale. La laryngite croûteuse elle-même n'est pas rare chez les jeunes filles surmenées par le chant. Comme traitement : le repos, le phosphore et le fer à l'intérieur ; les pulvérisations, l'électricité donnent de très bons résultats.

WRIGHT croit que la rhinite œdémateuse s'accompagne presque toujours de rhinite chronique. Cautérisations au galvanocautère très utiles.

Pour RICE la laryngite croûteuse est toujours liée à une lésion nasale ou pharyngée.

CASSELBERRY regarde ces lésions, quand elles existent, comme accessoires. L'hiver et surtout le froid vif de sa contrée (Chicago) sont le facteur principal.

Dans l'association de la rhinite œdémateuse avec l'asthme, il n'y a pas relation de cause à effet, mais troubles vaso-moteurs agissant simultanément sur le nez et les bronches.

SWAIN a eu lui-même la laryngite hivernale et en a vu deux cas chez des professeurs fatiguant beaucoup de la voix.

Dans la rhinite œdémateuse, tantôt il n'y a rien à cautériser, tantôt il existe des hypertrophies, des éperons de la cloison.

KNIGHT a vu souvent la laryngite hivernale ; il l'a vue sans lésions du nez ni du pharynx. L'application de solutions de nitrate d'argent de plus en plus fortes constitue le meilleur traitement.

THRASHER a vu la laryngite sèche en été ; l'influence des lésions naso-pharyngées lui semble prépondérante.

GLEITSMANN croit à l'origine naso-pharyngée. Après traitement et guérison des lésions naso-pharyngées, il a vu néanmoins persister la tendance aux poussées de laryngite sèche quand celle-ci s'était développée antérieurement.

FATLOW croit qu'il y a toujours sécheresse et élargissement des fosses nasales. Les topiques huileux lui semblent préférables au nitrate d'argent.

GLASGOW a déjà décrit la rhinite œdémateuse. Il croit à son origine nécrosique. Le traitement local et en particulier la co-

caine sont inutiles. Il faut donner la belladone, la morphine, les nitrites.

LANGMAID a souvent vu la laryngite croûteuse chez des jeunes filles. L'habitation du malade joue un grand rôle étiologique.

MULHALL croit qu'il y a : 1° une laryngite sèche d'hiver ; 2° une laryngite croûteuse simple et banale. La fumée du tabac a une influence curieuse sur l'affection, elle ne semble pas la produire, mais colore les croûtes en noir.

La rhinite œdémateuse ne doit être confondue ni avec les rhinorrhées, ni avec les gonflements chroniques, ni avec les turgescences de la muqueuse.

9° **La voix pharyngée.** — SOLIS COHEN. Cet auteur présente un malade ayant subi, 14 mois avant, l'ablation du larynx moins l'épiglotte, et du premier anneau trachéal. Ce malade parle sans appareil, il avale en quelque sorte l'air qui s'amasse dans une petite poche de peau tout auprès de l'orifice trachéal. Cet air accumulé forme l'agent mécanique et les muscles constricteurs du pharynx constituent les cordes vocales. Ce n'est certainement pas avec l'épiglotte que parle le malade. La voix est beaucoup mieux modulée que celle des instruments artificiels.

Comme soins consécutifs après l'opération, S. insiste : 1° sur cette nécessité de nourrir le malade par le rectum ; 2° sur les bons résultats de la position déclive, la tête étant un peu plus basse que les épaules, pour faciliter l'écoulement des mucosités trachéales ; 3° sur les inconvénients des pansements tamponnant le pharynx, qui entraînent des efforts incessants de déglutition.

40° **Spasme complet de la glotte chez un adulte.** — PORCHER. Ce spasme était complet, il s'accompagnait d'inconscience et d'asouppissement prolongé. Les troubles de la circulation cérébrale ne paraissaient pas jouer un rôle dans ces accidents. Les attaques étaient suivies d'une parésie intestinale marquée. Il ne fut pas nécessaire de faire la trachéotomie. Le malade n'offrait aucune trace de rhumatisme, épilepsie ou paralysie.

KNIGHT a vu un cas de perte de connaissance après des accès de toux prolongés agissant sans doute en modifiant la circulation cérébrale. Il croit que ces modifications jouent souvent un rôle.

WRIGHT chez un hystérique a vu une attaque de spasme de la glotte déterminer une perte de connaissance et nécessiter la trachéotomie, puis la respiration artificielle. Depuis, pas d'autres attaques de dyspnée, mais plusieurs attaques d'aphonie. La crise

de suffocation tient sans doute à une spasme des adducteurs et celles d'aphonie à un spasme des abducteurs.

GLEITSMANN a vu un cas de vertige laryngé avec perte de connaissance produit par les quintes de toux dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Quatre ou cinq cautérisations de l'amygdale. Guérison. Les recherches bibliographiques lui ont fait trouver dix huit cas de ces pertes de connaissance d'origine laryngée.

CASSELBERRY distingue trois sortes de cas :

1^o Cas de spasme réflexe de la glotte chez les enfants, du à une laryngite aiguë, souvent à des lésions nasales ou naso-pharyngées. Chez une jeune fille de 15 ans, avec végétations adénoïdes, une fumigation pharyngée, un attouchement des végétations amenaient un spasme inquiétant avec perte de connaissance. Après cocaïnisation, on peut enlever les végétations. Guérison complète.

2^o Cas de vertiges, d'inconscience avec légères secousses des muscles. Il y a bien spasme glottique, mais ces cas appartiennent en réalité à l'épilepsie.

3^o Cas de spasme ordinaire de la glotte sans mouvements épileptoïdes.

MACKENZIE demande si dans le cas de Porcher on ne doit pas soupçonner quelque lésion du système nerveux central.

LANGMAID insiste sur la fréquence des troubles digestifs comme cause du spasme et cela surtout chez les enfants un peu âgés et chez l'adulte. Dans presque tous les cas de faux croup on retrouvera l'entérite ou la constipation. Chez l'adulte, cherchez aussi la goutte.

ROE montre le rôle de la sensibilité et de l'irritabilité du larynx qui sont parfois extrêmes. Chez une femme, la déglutition d'aliments solides, le simple attouchement du larynx avec un stylet provoquait un spasme terrible. Guérison après traitement d'une inflammation localisée au niveau des aryténoïdes. Un autre cas s'est montré absolument identique. Enfin chez un homme ayant un névrome intranasal, la moindre tentative pour nettoyer le nez provoquait le spasme.

PORCHER, dans son cas, croit aussi à l'origine nerveuse centrale. Il a déjà rapporté un cas de spasme trachéal après de violentes quintes de toux.

11^o Récidive d'une tumeur laryngée sur un point du larynx autre que le point primitif. — LINCOLN. Cette communication de Lincoln n'est pas analysée par le *New-York medical journal* qui la

publiera ultérieurement *in extenso*. Voici la discussion à laquelle elle a donné lieu.

SOLIS COHEN rapporte plusieurs faits : 1^o malade opéré en 1867 par laryngotomie pour un épithélioma, mort d'hémiplégie en 1892 sans récidive ; 2^o après ablation de petits papillomes sessiles d'une corde vocale, formation d'autres papillomes dans le ventricule sur la corde vocale opposée ; 3^o papillomes à rechutes ayant nécessité la trachéotomie, la canule malgré une série d'interventions ne pût être enlevée qu'au bout de 11 ans.

En général, la récidive est le fait d'une ablation incomplète. Mais ces ablations incomplètes se voient aussi bien dans les opérations chirurgicales par la voie externe que dans la méthode endolaryngée. Après l'ablation, S. faisait des cautérisations au nitrate acide de mercure. Il emploie maintenant l'acide lactique. La récidive est ainsi évitée chez les malades suffisamment suivis.

Quant à l'origine même des papillomes, elle paraît être de petites érosions et exulcérations du larynx. Ils peuvent donc survenir sur d'autres points que les points tout d'abord atteints. Dans un cas de laryngite catarrhale avec exfoliation de la muqueuse, le malade a eu d'abord des papillomes opérés il y a 18 ans, puis il y a peu d'années un cancer.

KNIGHT croit que les tumeurs petites, isolées, sans aucune lésion du reste du larynx, ne récidivent pas. Les tumeurs multiples récidivent souvent. Parfois, après des années, disparaît cette tendance à la récidive. Dans bien des cas, les opérations sont souvent incomplètes sans qu'il y ait récidive. Pour les papillomes de l'enfant, K. conseille d'éviter la thyroéctomie. La trachéotomie peut être indispensable. Après la trachéotomie, on peut laisser quelque temps la tumeur à elle-même ou l'enlever par la méthode endolaryngée après anesthésie par l'éther.

DELANVAN regarde le diagnostic des papillomes comme très difficile. Dans un cas qui paraissait évident, on trouva, une fois la thyroéctomie faite, qu'il s'agissait d'un épithélioma. Les papillomes à récidives sont souvent des épithéliomas. Il a vu pourtant un cas de papillome chez un homme de 24 ans, récidivant au fur et à mesure des opérations avec une rapidité énorme. Le malade refusa la trachéotomie et mourut.

MACKENZIE montre que l'hypérémie souvent invoquée comme cause des papillomes fait souvent défaut ; que bien plus, ceux-ci peuvent survenir même en cas d'anémie comme dans les laryngites tuberculeuses.

Les papillomes sont très fréquents chez les nègres et présentent une tendance spéciale à la récurrence. Un nègre trachéotomisé par M. dut garder sa canule sept ans. Les papillomes sont fréquents aussi chez les chanteurs et semblent dépendre d'un mécanisme vocal défectueux.

Pour que le diagnostic d'un papillome enlevé soit certain, le microscope est indispensable.

Knight n'a vu qu'une seule fois un papillome se transformer en épithélioma. Solis Cohen, chez son malade qui survécut vingt-cinq ans après l'ablation d'un épithéliome, avait fait faire l'examen microscopique. Le nombre de cas rapportés où les malades opérés d'épithéliomas ont survécu plus de cinq ans est assez considérable. Il a vu assez souvent des papillomes se transformer en épithéliomas.

12° Intubation chez l'adulte. — LEFFERTS. (Même remarque que pour la communication précédente).

SIMPSON. La technique de l'intubation chez l'adulte diffère de la technique de l'intubation chez l'enfant. L'épiglotte est plus difficile à saisir et à maintenir. Quand il y a eu trachéotomie préalable, l'absence des mouvements d'élévation du larynx rend plus malaisée l'introduction du doigt. Chez l'adulte, il faut employer la cocaïne et faire, avec l'aide du miroir, l'introduction et l'extraction du tube. Chez l'enfant, mieux vaut se guider sur le toucher seul.

S. employait l'intubation dans un cas de fracture du larynx avec de bons résultats. Le procédé lui semble logique dans la paralysie des abducteurs. L'intubation est alors surtout utile pour lutter contre le spasme musculaire.

ROE a employé l'intubation dans un cas de syphilis du larynx. Une gomme de la corde vocale avait déterminé une extrême dyspnée. L'intubation faite, on commença le traitement spécifique. Quatre jours après, l'amélioration était suffisante pour que le tube ayant été rejeté dans une quinte de toux, on n'eût pas besoin de le replacer.

Dans un cas de laryngite tuberculeuse, l'intubation détermina tout d'abord un grand soulagement, puis le tube produisit de l'irritation et dut être enlevé. La dilatation avait été néanmoins suffisante pour que la respiration se maintint libre quelques jours, mais finalement on dut faire la trachéotomie. Dans la tuberculose, l'irritabilité du larynx se prête seul à l'intubation, elle peut néanmoins servir pour faciliter le curettage ou les applications d'acide lactique.

DELAVAN. Quoique dans l'intubation, les succès tiennent avant tout à l'expérience acquise, les premières intubations sont rarement bien pratiquées.

LEFFERTS croit aussi à l'importance de l'expérience acquise. Dans le traitement de la paralysie bilatérale des abducteurs, on ne doit pas parler de véritables guérisons par l'intubation. Il ne croit pas celles-ci possible.

13° Remarques sur les malformations congénitales de la face, formes rares de divisions palatines. — HARRISSON ALLEN. (Mêmes remarques que pour les deux communications précédentes).

WRIGHT croit que les déviations du septum sont tantôt dues à un traumatisme sans sténose antérieure, tantôt d'origine traumatique. Le palais en ogive, si fréquent dans la race caucasienne, si rare dans les races nègres et indiennes, joue aussi un rôle.

DELAVAN rappelle que des expériences sur les lapins ont montré que la nutrition défectueuse produisait bien plus que le traumatisme ces déflexions du nez. En bouchant une narine d'un jeune lapin jusqu'à l'âge adulte, on voit se produire une grande différence entre les deux côtés de la face. De même, tout trouble dans le passage de l'air à travers les fosses nasales produit un résultat analogue. Le traumatisme est un facteur important, mais il n'est pas le seul facteur.

MACKENZIE croit qu'il faut diviser les déviations nasales en congénitales et acquises. Ces dernières sont presque toujours d'origine traumatique.

PORCHER regarde le traumatisme comme une cause rare. Il croit que presque toujours il y a inflammation avec gonflement entraînant la flexion.

ALLEN. Quoique ces éléments, inflammation, malformations congénitales, traumatisme puissent se combiner, le palais en ogive s'accompagne souvent d'obstructions nasales. L'obstruction prend parfois une intensité extraordinaire après un refroidissement, une amygdalite, une grippe.

14° Syphilis des voies aériennes supérieures. — BRYAN. (Même remarque que pour les trois communications précédentes).

MULHALL ne croit pas qu'une amygdalite suppurée dépende jamais directement de la syphilis. Les dents, d'Hutchinson dépendent autant d'une mauvaise nutrition que de la syphilis.

WRIGHT croit, que dans quelques cas, on finit à force d'insistance par faire avouer la syphilis à des gens ne l'ayant jamais eu. En revanche, il a vu un cas où la clinique et l'examen microscopique d'un fragment de tumeur, s'accordaient pour le diagnos-

tic de sarcome du cornet. Une exostose type du tibia apparut peu avant l'ablation décidée du maxillaire.

KNIGHT confirme ce fait. Tumeur intranasale et exostose tibiale disparaissent par l'iodure à hautes doses.

MACKENZIE montre que la syphilis héréditaire et ses manifestations laryngées se voient surtout dans les hospices d'enfants abandonnés. Sur sept cas qu'il a vus récemment, quatre fois les dents d'Hutchinson manquaient.

BRYAN demande si Mackenzie regarde toujours comme très fréquentes les déterminations laryngées de la syphilis héréditaire.

MACKENZIE croit toujours à cette très grande fréquence.

(A suivre).

A. F. PLICQUE.

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN

(SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE)

Tenu à Washington les 5, 6, 7 et 8 septembre 1893.

Président : FLETCHER INGALS (de Chicago).

Secrétaires : T. MURRAY (de Washington). BUGEL GAVINO
(de Mexico) (1).

1° Réflexes d'origine nasale. — MERRICK (de Baltimore) rapporte des faits de troubles oculaires, de céphalée, de vertiges, de sciatique, d'origine nasale. Il rappelle les faits observés de toux, de manifestations cardiaques, gastriques, de chorée, d'épilepsie.

Il croit que le traitement agit : 1° par guérison de l'affection nasale ; 2° par révulsion ; 3° par suggestion. Pour le fait de sciatique en particulier, il reste les faits de sciatiques guéries par la cautérisation du lobule de l'oreille.

2° Epilepsie réflexe produite par des affections intra-nasales. — O. ROE. La susceptibilité aux irritations périphériques est très variable selon les sujets. Chez quelques sujets prédisposés, les lésions nasales peuvent produire des accès épileptiques comme

(1) Analyse du *Medical record*, 1893, vol. 44, nos 11, 13, 14.

ils produisent d'autres accidents réflexes. Il existe dans le nez des zones bien définies particulièrement sensibles. La sensibilité de ces zones est parfois extraordinaire même chez des sujets non nerveux. Les augmentations de pression intra-nasales agissent bien plus que toutes les autres lésions. Ces faits sont assez fréquents pour qu'on doive examiner le nez chez tous les épileptiques.

PRICE BROWN (de Toronto), n'a jamais vu d'épilepsie vraie d'origine nasale. Il croit à la possibilité de manifestations épileptiformes. Les augmentations de pression intra-nasale lui paraissent jouer un rôle fréquent dans les affections oculaires et la fièvre de foin.

SOLIS COHEN a vu en pareil cas des troubles fréquents de la circulation et du cœur. Les malades offrent souvent du dermographisme; la suggestion peut jouer chez eux un rôle important. Le bromhydrate de quinine lui a donné de bons résultats. Il l'associe ordinairement à l'ergot de seigle pour éviter les bourdonnements.

De ROALDÈS (New Orléans), a vu un cas de surdité avec céphalée, troubles respiratoires, cardiaques, d'origine nasale; et ses malades sont toujours des nerveux.

KOBB (de Boston). Quoique les guérisons ne soient souvent que temporaires, il a vu des asthmes d'origine nasale récidiver après un an de guérison apparente. La suggestion joue un rôle à côté de l'action locale.

HERRICK insiste sur ce rôle que peuvent remplir les médicaments qui modifient la circulation et en particulier la quinine.

3° **Alumol dans les maladies du nez et de la gorge.** — J. MOUNT PLEYEL. L'alumol est antiseptique et astringent; il est utile dans les épistaxis, les hémorrhagies du pharynx après l'ablation de végétations adénoïdes, la désinfection du nez et de la gorge. Dans les plaques muqueuses de la langue, l'aluminol est très supérieur à l'acide chromique.

BRYSON DELAVAN (de New York) n'a pas obtenu de bons résultats de l'alumol. Mais la principale objection qu'il fait est le prix très élevé de cette substance.

4° **Appareils pour découvrir les tubes à intubation perdus dans la trachée.** — BLAYER. Dans cet appareil, la rencontre du tube fait fonctionner une petite sonnerie électrique.

5° **Traitement de quelques cas de laryngite chronique.** — ANGEL GARVINO. En grattant la muqueuse du larynx dans ces cas de laryngites qui s'éternisent malgré un aspect objectif normal, on

y trouve presque toujours des bacilles tuberculeux. G, comme traitement, recommande en pareil cas la créosote, le salol, le salicylate de bismuth en suspension huileuse ; il donne la créosote à l'intérieur.

6° Allongement de l'épiglotte : traitement opératoire. — PRICE BROWN (de Toronto). Toux, enrrouement, difficulté respiratoire chez une jeune femme de vingt trois ans. L'épiglotte était très longue, très étroite. Des cautérisations nécessaires au galvano-cautère diminuèrent sa longueur et amenèrent un soulagement marqué.

7° Appareil spécial facilitant la cautérisation, en particulier des cornets hypertrophiés. — G. HOBBS. (d'Atlanta).

8° La gorge des gouteux. — SOLIS COHEN. Les affections sont ordinairement chroniques avec exacerbation ; les accidents sensitifs sont disproportionnés à l'état local. Les vaisseaux sont souvent dilatés pendant les paroxysmes. S. décrit en particulier : 1° une laryngite diffuse avec apparence de corned beef ; 2° un catarrhe de la trompe avec altérations tympaniques ; 3° une accumulation de mucus grisâtre, visqueux, chez les sujets jeunes, suivie un peu plus tard d'un état sec, pâle, livide de la muqueuse pharyngée, 4° des accidents spasmodiques du pharynx, du nez, du larynx. — Le traitement local exige toujours chez les gouteux beaucoup de ménagement. Le traitement général offre une très grande importance. L'examen de l'urine (acide urique) est très utile pour le diagnostic.

9° Angiome du septum nasal. — F. COBB (de Boston). Jeune fille de 15 ans présentant depuis un mois de l'obstruction de la narine droite avec épistaxis. A l'examen on trouva une petite tumeur pédiculée, mobile, de consistance molle, insérée sur le septum. Ablation facile à l'écraseur et cautérisation du pédicule. Peu d'hémorrhagie. Pas de récurrence.

L'examen histologique conclut à un angiome caverneux pur. C. a relevé dix neuf autres faits semblables dont douze avec examen histologique. Dans cinq de ces derniers, il y avait du tissu myxomateux. Les angiomes, mêmes purs, peuvent dégénérer en tumeurs malignes. Le microscope est donc toujours nécessaire.

MACKENZIE (de Baltimore) a observé un cas semblable. L'ablation au serre-nœud par un de ses aides déterminait une forte hémorrhagie. Il insiste sur les sinus veineux qui forment dans la muqueuse nasale un véritable réseau. L'hypertrophie de ces sinus qu'on observe dans le stade intermédiaire, c'est l'inflamma-

tion simple et la rhinite hypertrophique peut en imposer pour un angiome. Il en est de même des saillies flottantes de la muqueuse des cornets.

10° Myxosarcome du nez. — RICHARDSON (de Washington). Enfant de quatre ans et neuf mois. Le début de la tumeur remontait à la naissance. Elle était énorme, remplissait tout le nasopharynx. Elle n'avait jamais déterminé d'hémorrhagie et une première ablation au serre-nœud fut très simple. Mais au bout de quatre jours seulement il y avait déjà une énorme récurrence. Nouvelle ablation après résection du maxillaire supérieur. Au bout de quatre mois, récurrence dans le pharynx, les ganglions. Mort.

Histologiquement, la tumeur était intéressante par de nombreux faisceaux musculaires très disséminés dans sa masse.

11° Sarcome du nasopharynx. — J. LOGAN (de Kansas City). Homme de 44 ans ayant déjà subi dix opérations successives pour un sarcome datant de quatre ans déjà et paraissant avoir débuté après une fièvre typhoïde. L. enleva la tumeur en la divisant en trois lobes au moyen du galvanocautère, touchant les surfaces de section au perchlorure de fer et ne faisant l'ablation que quelques jours après, alors qu'une rétraction marquée était survenue.

La tumeur était un sarcome à cellules rondes. Sur vingt cas analogues, L. ne connaît jusqu'ici qu'une guérison définitive.

12° Traitement général et local de la fièvre de foin. — PRICE BROWN (de Toronto) qui a été lui-même atteint de l'affection, s'est cautérisé les amygdales, puis amputé la luette, qui lui semblaient le point de départ du réflexe morbide. Il a encore employé les solutions faibles de cocaïne, le menthol; l'alumnol dans un cas fit avorter une attaque.

ROE (de Rochester) croit qu'il y a toujours une lésion nasale, point de départ. Il ne croit pas à l'origine purement nerveuse. Le galvanocautère n'est utile qu'en cas de turgescence vasculaire. Les opérations sur les cornets hypertrophiés doivent porter sur un point bien limité et non sur tout l'os.

KOSER (de Wilhansport) est partisan d'employer d'abord le traitement palliatif; les inhalations d'acide phénique de camphre en solution chloroformiques, le térébène calment bien. Les effets du galvanocautère sont inconstants. Mieux vaut l'excision osseuse.

LOGAN croit, comme ROE, à l'origine nasale. Il emploie surtout les cautérisations. Après l'attaque, il donne pendant six semaines à deux mois des pilules de nitrate de sodium et de camphre.

BRYAN (de Washington) admet deux formes tout à fait distinctes : 1^o la forme locale ; 2^o la forme nerveuse impossible à guérir complètement.

FLETCHER INCALS (de Chicago) emploie les cautérisations très superficielles, cherchant à produire une simple révulsion sans cicatrices. Il donne, à l'intérieur, avant l'attaque, le phosphate de brucine, le camphre, l'hyosciamine, la quinine.

N. MACKENZIE emploie les toniques : quinine, phosphore de zinc, arsenic, le traitement local s'il est indiqué, la cautérisation des zones sensibles. Il remarque avec joie que la vieille théorie du pollen végétal n'a même pas été mentionnée.

12^o **Evolution des végétations adénoïdes non traitées.** — BRYSON DELAVAN montre qu'en général ces végétations persistent, nuisibles et dangereuses. Elles sont la grande cause de la maladie de Tornwaldt. Quand elles finissent par s'atrophier c'est souvent au prix d'une atrophie complète de la paroi pharyngée, tenace, difficile à guérir. Les complications générales sont non moins fréquentes que les complications locales.

PRICE BROWN a observé plus fréquemment cette affection chez l'homme.

DELAVAN regarde l'influence du sexe et celle de l'hérédité comme douteuse. Il y a plutôt hérédité diathésique (rhumatisme, syphilis, scrofule) que locale. L'influence des contrées humides est certaine bien que l'affection se voit dans des pays secs et montagneux.

13^o **Effets des mauvaises méthodes de chant sur la voix.** — HOLBROOK CURTIS étudie longuement ces méthodes. La méthode diaphragmatique infracostale est la seule que permette bien la respiration. Le cartilage thyroïde est déprimé, la trachée tendue, les sommets du poumon dilatés au maximum. Les exercices vocaux, réalisant une sorte de massage musculaire, peuvent être utiles dans les hyperhémies laryngées simples.

14^o **Mycose aspergillaire du sinus maxillaire.** — J. N. MACKENZIE (de Baltimore).

15^o **Aphonie et surdité hystérique.** — FLETCHER INCALS (de Chicago). La surdité hystérique est rare, F. n'en a relevé que cinq cas, il n'en a observé qu'un seul associé à l'aphonie. La guérison fut obtenue par la strychnine, l'électricité, les pulvérisations de menthol dans la trompe d'Eustache, les pulvérisations asstringentes intralaryngées.

MERRICK, en raison de la longueur du traitement, doute de l'origine purement hystérique de l'affection.

CURTIS, dans un cas analogue, a vu la disparition de l'aphonie être suivie d'une grande amélioration de la surdité.

LOGAN a vu un cas d'aphonie hystérique avec hypertrophie des cordes ventriculaires. Il croit que cette hypertrophie est due à l'action de suppléance exercée par ces cordes dans la phonation.

CURTIS, qui croit cette hypertrophie constante, la regarde comme la cause même et non comme l'effet de l'aphonie hystérique.

16° Traitement de la phthisie laryngée par le climat du Colorado. — SOLLY étudie les bons résultats obtenus dans quarante-cinq cas suivis depuis plus de deux ans. Arrêt de la marche des lésions dans 64,2 % des cas.

17° Méthode de Krause dans les ulcérations tuberculeuses. — MORRIS MURRAY (de Washington). L'acide lactique amène souvent la cicatrisation et toujours un soulagement dans les ulcérations tuberculeuses du palais, de la luette, des piliers, du larynx. Il doit être employé alors même que l'état général enlève tout espoir de guérison définitive.

18° Emploi des formiates dans la tuberculose laryngée et pharyngée. — SHURLY (de Detroit). S. a employé les formiates de soude, d'ammoniaque, de chaux, de baryte, de céruse, de fer. Ces sels sont très toniques. Les deux premiers sont les plus maniables. Localement une solution de 5 à 10 % de formiate de soude donne de bons effets dans les ulcérations syphilitiques tuberculeuses et même l'épithélioma.

P. BROWN reste partisan du galvanocautère, puis plus tard de la curette. Il préfère à l'acide lactique, le menthol en solution à 5 à 10 % dans l'albolène.

DEHAVAN rappelle la possibilité de guérisons spontanées. De bons résultats peuvent être obtenus par les divers topiques, le curetage. Frudéarc aurait préparé une nouvelle variété de tuberculine toute différente de celle de Koch et dont les premiers résultats semblent très bons. Il croit peu à l'influence du climat.

INGALS a employé sans résultat marqué le formiate de soude.

SOLLY fait remarquer que les changements de climat n'ont d'avantage que si les malades sont, d'une part suivis de très près médicalement, menant une existence hygiénique et n'ont pas, d'autre part, la nostalgie de leur famille ou de leurs affaires.

A. F. PLICQUE.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies du larynx (Die Erkrankungen des Kehlkopfes), par
CARL ROSENTHAL. A Hirschwald, Berlin, 1893.

Ce volume complète l'ouvrage, dont la première partie, consacrée à l'étude des maladies du nez et de la gorge, avait paru en 1892. L'auteur l'intitule lui-même un « manuel succinct » ; on y trouve en effet l'état actuel de la science laryngologique exposé avec une simplicité qui plaira aux débutants. L'étendue considérable attribuée à l'étude de la technique et de l'instrumentation, du reste soigneusement mise au courant des plus récentes inventions, le développement donné à la description des maladies communes, tandis que les affections rares sont seulement indiquées, témoignent des tendances de ce livre ; l'auteur a avant tout voulu faire un manuel pratique, sans se préoccuper des théories pathogéniques, dont la discussion passionne les laryngologistes : c'est ainsi qu'il ne consacre qu'une demi-page à la question, encore irrésolue, il est vrai, de l'existence des centres corticaux et bulbaires du larynx.

M. L.

La maladie et la mort de François II, roi de France, par POTIQUET,
Paris, Rueff et C^{ie}, 1893.

Ce petit livre doit le jour au hasard d'une lecture de vacances. Au mois d'août dernier, feuilletant l'*Histoire universelle* d'Agrippa d'Aubigné, P. lut le récit de la maladie et de la mort du « petit roy François ; » il lui parut alors que ce monarque avait succombé à une otite moyenne causée par des végétations adénoïdes ; et il entreprit des recherches historiques qui confirmèrent ce diagnostic rétrospectif. Dans l'analyse d'un précédent travail, sur le même sujet (Cf *Annales des maladies de l'oreille*, 1893, p. 119) j'ai dit quel intérêt s'attachait à cette étude, où l'érudition se mêle à la perspicacité clinique ; je ne veux aujourd'hui qu'accessoirement complimenter son auteur sur l'élégante façon dont il a habillé sa pensée, en nous donnant un petit livre édité avec luxe, orné de vignettes charmantes, et qui mettra sa note gaie parmi les traités classiques qui s'alignent, moroses, sur les larynx de nos bibliothèques.

M. L.

La voix, le chant et la parole. — Guide pratique du chanteur et de l'orateur, par LENNOX BROWNE et EMIL BEHNKE. Traduit sur la 14^e édition anglaise par le D^r PAUL GARNAULT (de Paris). Soc. d'éd. scient. Paris, 1893.

Issu de la collaboration intime d'un laryngologiste et d'un professeur de diction, ce livre s'adresse surtout au public non médical, et justifie son sous-titre ; de là la raison de son succès en Angleterre. C'est dire qu'il ne peut être aucunement comparé aux divers traités de physiologie vocale qui sont devenus classiques, et dont la littérature médicale française n'est pas aussi pauvre qu'on voudrait le faire entendre. Pour nous, médecins, nous aurions tort de le juger à notre point de vue ; car la simplification voulue dans les démonstrations physiologiques, le remplacement des dénominations anatomiques par des mots usuels (le thyroïde y devient le bouclier, le cricoïde, l'anneau) et l'effort visible des auteurs à masquer toutes les notions médicales qu'ils enseignent sous une profusion d'explications un peu terre à terre, toutes choses qui, en somme, peuvent ne point nous plaire dans cet ouvrage, sont précisément les conditions qui en assurent le succès vis-à-vis des gens de théâtre ou tribune. En le considérant ainsi, on ne peut manquer de reconnaître que ce livre remplit parfaitement son but ; et que chanteur et orateur y trouveront véritablement un guide pratique aussi bien pour ce qui a trait à la meilleure façon dont ils doivent conduire l'éducation de leur voix, que pour ce qui concerne l'hygiène de leur corps et le traitement élémentaire des affections professionnelles qui constamment les menacent.

Tout en ne partageant pas les idées des auteurs sur la détermination des registres de la voix, question qu'ils nous semblent avoir inutilement compliquée en admettant cinq modes de formation différente des sons vocaux, tout en trouvant que l'étude du bégaiement ne gagne pas en clarté par le parallèle un peu artificiel qu'ils ont établi entre le *stuttering* et le *stammering*, nous ne saurions nier que ce soit là un bon livre, à l'usage des professionnels de la voix.

M. L.

Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte, par V. MARTIN-DURR. Thèse de doctorat, n^o 41. Paris, 1893.

Les secousses trachéales, comme signe d'anévrysme de la crosse de l'aorte, découvertes par Oliver en 1878, sont admises en Angleterre par Mac Donnel, Davison, Taylor ; en Italie, par

Cardarelli et Lugana ; en France, par Potain. Tous les auteurs sont d'accord pour placer le siège de l'anévrisme qui les provoque à la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse de l'aorte ; tous admettent un mécanisme identique : secousses brusques de haut en bas, imprimées au tube laryngo-trachéal par l'anévrisme localisé de la crosse de l'aorte, à cheval sur la racine de la bronche gauche.

Il y a trois procédés pour constater les secousses trachéales :

1^o le procédé d'Oliver : placer le malade debout et lui commander de fermer la bouche et de lever le menton le plus haut possible ; prendre alors le cartilage cricoïde entre l'index et le pouce, et le maintenir délicatement de bas en haut. C'est le procédé auquel M. D. donne la préférence.

2^o le procédé d'Ewart : se tenir debout derrière le malade, placer la phalange distale des deux index sous le cartilage cricoïde, et soulever délicatement ce cartilage et avec lui la trachée. Ce procédé est presque trop délicat : le larynx se balance en équilibre sur la pulpe des doigts qui apprécient ses moindres mouvements.

3^o le procédé de Cardarelli : appliquer la pulpe du doigt latéralement au tube laryngo-trachéal, tantôt à droite, tantôt à gauche. Ce procédé permet d'éviter la cause d'erreur que pourraient donner les battements des artères du cou.

Le plus souvent, les secousses trachéales coexistent avec des phénomènes de compression du récurrent, ou du pneumogastrique avant l'origine du récurrent.

M. L.

Œdème de la glotte considéré comme symptôme primitif du mal de Bright chez l'adulte, par MAIRE-AMÉRO. Thèse de doctorat, n° 400, Paris, 1893.

L'œdème de la glotte peut se montrer comme localisation isolée du mal de Bright sur le larynx ; les œdèmes partiels les plus bizarres surviennent au cours de cette affection : œdème de la paupière supérieure pris pour un ptosis, œdème de la joue confondu avec une fluxion dentaire, œdème du cordon spermatique diagnostiqué comme une hernie. Le plus souvent, l'œdème brightique frappe les larynx où l'appelle une lésion antérieure souvent minime, papillomes, plaies, ulcérations tuberculeuses, etc. ; d'où l'indication, que l'auteur note en passant, de traiter soigneusement les lésions préexistantes du larynx chez les brightiques.

L'œdème brightique du larynx peut avoir un début brusque, et foudroyer l'individu en pleine santé apparente ; le plus souvent il s'installe progressivement, en quelques heures. Il se présente à nous sous deux modalités distinctes : comme épisode survenant au cours d'une néphrite, ou, phénomène plus intéressant, comme syndrome initial d'un mal de Bright, demeuré latent jusque-là ; il existe une dizaine d'observations de ce genre. Comme traitement : saignée copieuse, tisane diurétique à base de digitale et de lactose. La trachéotomie doit être faite le plus tôt possible : le tubage semble devoir donner de bons résultats.

M. L.

ANALYSES

I. — OREILLE

Ablation d'une exostose du conduit auditif externe, par HECKE
(*Deutsche med. Wochenschr.* n° 23, 8 juin 1893).

Il s'agit d'un malade âgé de 20 ans, porteur d'une exostose qui occupait presque tout le conduit auditif externe. Cette exostose s'était développée au cours d'une otite moyenne suppurée, avait entraîné une rétention du liquide purulent de la caisse et déterminé une destruction du *tegmen tympani* mettant à nu la dure-mère. On trouvait de plus une fistule de l'*apophyse mastoïde*.

Cette exostose était formée de substance osseuse compacte.

Après avoir détaché le pavillon de l'oreille, on enleva l'exostose, l'on mit à nu la caisse, et l'autre mastoïde, qu'on ouvrit aussi par la fistule. La guérison survint au bout de six mois après épidermisation de la vaste cavité.

L. L.

Relation entre la forme du conduit auditif externe et la forme du crâne, par OSTMANN (*Monaschr. für Ohrenheilk.*, mars 1893).

Chez les dolichocéphales le conduit auditif est surtout cylindrique ; il est ovalaire chez les brachycéphales à grand diamètre vertical.

P. TISSIER.

Sur une nouvelle modification des canules pour la caisse (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, février 1893).

Canule bifurquée à son extrémité externe; à l'une des branches s'adapte un tube de caoutchouc par où arrive le liquide d'injection; l'autre branche se monte à angle obtus sur un manche de Politzer.

P. TISSIER.

Périchondrite tuberculeuse des pavillons, par HAUG, de Munich (*Langenbeck's Arch.*, vol. 43 et *Arch. of otol.* n° 1, vol. XXII).

Haug a vu quatre cas de périchondrite chez des tuberculeux: en dehors des caractères qui distinguent cette forme (désintégration des parties atteintes, infiltration des glandes lymphatiques et tendance à l'ulcération), le diagnostic de tuberculose fut confirmé par le microscope. Traitement par ouverture large, excision des ganglions, pansement au baume du Pérou et à l'iodoforme. Le pronostic est favorable, malgré les déformations consécutives du pavillon.

M. LS.

Essai de restauration du pavillon, par A. RANDALL, de Philadelphie (*Arch. of otol.*, n° 2, vol. XXII).

Un homme de 30 ans avait eu le pavillon arraché dans l'enfance par la morsure d'un porc. L'auteur reconstitua en partie ce pavillon à l'aide de la peau de la région mastoïdienne et d'un fragment de cartilage. Le point particulier est l'emploi que l'auteur fit ultérieurement du cartilage de l'oreille d'un lapin pour compléter le pavillon: malheureusement la greffe ne prit pas.

M. LS.

Epithélioma du pavillon, par DENGH, de New-York (*Arch. of otol.* n° 2, vol. XXII).

L'épithélioma du pavillon est comparativement rare. L'auteur cite une douzaine d'observations et rapporte un cas où il s'agissait d'une tumeur dure, prenant naissance à la base du tragus et s'étendant un peu sur les bords inférieur et postérieur du méat. L'ablation fut faite deux mois après l'apparition de la tumeur et la guérison fut parfaite. L'auteur pense que le pronostic est plus favorable que lorsque l'épithélioma se développe en toute autre partie du corps.

M. LS.

Absence totale du labyrinthe gauche causée par une otite interne scarlatineuse, par H. MYGIND, de Copenhague (*Arch. of otol.* n° 1, vol. XXII).

Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui mourut de méningite purulente d'origine otitique à l'Institution des sourds muets de Fredericia. A l'âge de trois ans et demi il avait souffert d'une fièvre scarlatine intense avec écoulement d'oreilles, état vertigineux, délire passager, etc. On s'aperçut après qu'il était totalement sourd de l'oreille gauche où l'écoulement avait d'ailleurs cessé. L'oreille droite, au contraire, continua à présenter un écoulement plus ou moins abondant : il entendait encore assez de cette oreille pour pouvoir apprendre à chanter. Après avoir présenté un abcès mastoïdien à droite, l'oreille gauche se reprit à couler plus abondamment, l'enfant fut pris de convulsions et succomba dans le coma.

L'autopsie des oreilles fut faite avec soin. Nous n'en retiendrons que les points principaux. A gauche on ne trouve aucune trace des cavités normales de l'oreille interne qui est complètement remplacée par un tissu osseux dur, dans lequel on ne distingue plus les contours du labyrinthe. Le canal de Fallope manque complètement et on ne trouve que son orifice externe ; l'aqueduc du vestibule a également disparu. Le méat auditif interne a son aspect normal, mais les trous de la lame criblée ont disparu et le nerf, d'aspect d'ailleurs normal, vient se terminer sur l'os compact. Les deux fenêtres ovale et ronde sont remplacées par une lame de tissu osseux. A droite le labyrinthe membraneux a complètement disparu, mais on retrouve encore les cavités à demi comblées par des masses cholestéatomateuses. La fenêtre ronde est fermée par une plaque osseuse.

Mygind rapporte les quelques cas analogues déjà décrits et insiste surtout sur l'opinion de Schwartze qui, dans un cas semblable, semble se refuser à admettre qu'une telle lésion puisse avoir une origine post-fœtale. Il ne peut cependant y avoir aucun doute, après ce fait, que l'inflammation de l'oreille interne, développée après la naissance, ne puisse donner une néoformation de tissu osseux capable de faire disparaître toutes les cavités du labyrinthe.

Examen des deux rochers dans un cas de surdité complète causée par la scarlatine, par Moos, d'Heidelberg (*Arch. of otol.* n° 1, vol. XXII).

Dans cette observation étudiée avec le soin que M. Moos apporte toujours à ces sortes d'examen, il s'agit d'une fillette de douze ans qui était devenue absolument sourde trois ans auparavant, à la suite d'une scarlatine compliquée de diphtérie et qui mourut de méningite purulente (tuberculose généralisée).

Moos attribue à la panotite scarlatineuse les lésions suivantes : néoformation osseuse dans le premier tour de spire du limaçon, transformation de la lame osseuse en tissu conjonctif, destruction de l'organe de Corti, nécrose partielle du modiolus, atrophie du ganglion spiral, obstruction du canal du limaçon, infiltration des canaux semi-circulaires (deux d'un côté et un de l'autre) par du tissu connectif à demi ossifié. — Les microbes émigrés des vaisseaux du périoste endo-cochléaire (endosteum) au moment de la scarlatine ont été le point de départ probable de ces lésions.

L'auteur attribue à l'affection terminale l'infiltration purulente des deux fenêtres, la nécrose récente du canal de Fallope, la destruction des nerfs auditifs et d'une portion du facial de chaque côté, etc. Malgré la généralisation des tubercules à de nombreux organes, il n'a pas trouvé de bacilles de Koch et laisse en suspens la question de savoir quel microorganisme a déterminé la méningite purulente.

M. L.S.

L'audition chez les sourds-muets, par KERR LOVE, de Glasgow (*Arch. of otol.* n° 2, vol. XXII).

L'auteur a examiné 175 enfants sourds-muets au point de vue de la persistance de l'audition, dont 123 seulement peuvent être utilisés car il faut déjà à l'enfant une certaine éducation pour qu'il puisse rendre compte de ses sensations.

Pour l'auteur la surdité totale est très rare chez les jeunes sourds-muets : la surdité totale aérienne ne dépasse pas 7 à 8 %; elle est moindre encore pour la conduction osseuse. Il est relativement fréquent de rencontrer de l'audition pour la parole, audition utilisable dans 23 à 27 % des cas ; 10 à 15 % sont seulement des demi-muets.

L'auteur estime qu'avec la méthode digitale ces demi-muets

deviennent rapidement plus sourds et plus muets. Ce danger est moindre avec la méthode orale, mais n'est réellement écarté qu'avec la méthode acoustique.

Les résultats de M. Kerr Love sont donc en contradiction avec ceux de Toynbee et de Hartmann qui trouvent la plupart des sourds-muets totalement sourds. Il n'admet pas non plus l'opinion de Hartmann que la surdité totale est plus commune dans les formes acquises que dans les congénitales : sur neuf cas de surdité totale, deux seulement étaient acquis.

M. LS.

Ablation de l'étrier, par CLARENCE BLAKE, de Boston. (*Arch. of otol.* vol. XXII, nos 1 et 2).

Il était évident pour tous les observateurs qui se sont occupés de la question de la mobilisation de l'étrier qu'il restait un pas décisif à franchir dans le traitement chirurgical des affections non-suppuratives de l'oreille moyenne. Puisque c'est l'ankylose de l'étrier qui, le plus souvent, est l'obstacle à l'audition, il faut pratiquer la *stapedectomy*, suivant l'expression proposée par M. C. Blake, afin de remplacer la platine fibreuse par une néomembrane plus mince susceptible de vibrations.

Et passant de l'idée à l'action, l'auteur a enlevé l'étrier, en le fracturant parfois, chez plusieurs malades ; six observations sont rapportées qui ont surtout pour but de donner le manuel opératoire.

Quant aux résultats obtenus, ils ne sont pas bien clairs, et d'ailleurs ne portent pas sur un intervalle de plus de deux semaines. Les malades paraissent entendre les sons un peu mieux qu'avant, mais ce n'était qu'au point de vue de l'intensité et du volume, mais nullement par rapport à la perception des différences qui constituent notre unique moyen de distinguer les sons. La voix est plus sonore, mais n'est pas perçue d'une façon plus distincte.

M. LS.

La propagation des affections de la caisse au cerveau par le canal carotidien, par O. KÖRNER, de Francfort-sur-le-Main. (*Arch. of otol.* vol. XXII, n° 2).

Très intéressante revue. Körner décrit à nouveau les petits canalicules (un ou deux) qui traversent la paroi osseuse séparant

la caisse du canal carotidien. On sait qu'ils servent de passage à de petits vaisseaux qui contribuent à la nutrition de la muqueuse tympanale. Mais c'est aussi la voie par laquelle les microbes des otorrhées peuvent pénétrer, avec ou sans carie osseuse, dans le canal carotidien et déterminer l'inflammation des parois artérielles, la lymphangite et la phlébite des plexus veineux avec participation du sinus latéral, et même la thrombose de l'artère et l'embolie cérébrale consécutive. Il cite aussi des cas où la tunique externe de l'artère a été trouvée infiltrée de granulations tuberculeuses et admet la possibilité de méningites tuberculeuses ayant leur point de départ, par ce mécanisme, dans une otite moyenne bacillaire.

M. LS.

Otite moyenne aiguë purulente avec carie de l'apophyse mastoïde par carie de la seconde molaire, par SCHWARTZ, de Gleiwitz. (*Arch., of otol.* n° 2, vol. XXII).

Le titre de ce mémoire indique suffisamment son contenu. L'auteur admet une périostite développée dans la fosse nasale correspondante à la suite de la fistule osseuse provenant de la dent. Cette périostite aurait déterminé de la rhinite et, en se propageant par la trompe, les lésions de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde.

M. LS.

Blessures de l'oreille par armes à feu, par W. BINAUD. (*Arch. gén. de méd.* Avril et mai 1893).

Ce travail est une revue critique sur la cause, les altérations, les signes, le diagnostic et la thérapeutique de ces accidents : dans ce mémoire très complet, très bien et très clairement exposé, les opinions des auteurs modernes sur ces différentes parties de la question sont examinées et critiquées à l'aide des observations des divers écrivains. La discussion qui s'est élevée à ce sujet il y a quelques années à la Société de chirurgie, sur la conduite que le chirurgien doit tenir devant ces cas a servi à l'auteur pour apprécier la valeur de l'intervention immédiate ou de l'intervention tardive. Tout en reconnaissant que l'intervention immédiate recommandée par Berger, Périer, Terrier, Terrillon, etc..., est légitimée par la crainte d'infection que la communication forcée de la plaie avec l'air semble favoriser, Binaud, plus éclectique et se

rangeant à l'opinion de son maître Duplay, Chauvel, Reclus, pense que cette intervention immédiate peut favoriser l'apparition d'une grave hémorrhagie ; il en cite des exemples et il cite aussi des cas où l'expectation n'a pas été malheureuse.

Les complications habituelles, hémorrhagie, troubles nerveux (paralysies et névralgies) troubles sensoriels (goût et ouïe) sont bien étudiés ; l'auteur, dans le diagnostic, conteste l'importance de la sortie du liquide céphalo-rachidien, lésion plus rare qu'on ne le pense ou tout au moins d'une observation assez délicate.

Les blessures de l'oreille par arme à feu sont surtout la suite de tentatives de suicide ; elles sont rarement mortelles d'emblée dans ces conditions et l'auteur nous en explique la raison d'une manière très plausible.

A. G.

II. — NEZ ET SINUS

Sur l'étiologie du sclérome, par E. M. STEPANOW (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 1, Janvier 1893).

L'échec de toutes les tentatives d'inoculation sur la peau de la muqueuse nasale amena Stepanow à s'adresser à une autre voie : il pratiqua les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil. L'inoculation est très difficile à faire sans produire de lésions, (petitesse de la chambre antérieure de l'œil chez le cobaye). Il inocula soit des fragments de tissus malades, soit des cultures sur gélatine. Il fit 64 inoculations. Au bout de 2 à 5 jours, l'œil reprit en général son aspect normal. Quinze fois seulement, il se développa au niveau de l'œil inoculé des lésions inflammatoires plus ou moins marquées. Sur ces quinze cas, 7 seulement sont à mentionner, la présence de coques pyogènes rendant impossible toute conclusion dans les 8 autres.

Les lésions sous la dépendance du bacille du rhinosclérome déterminées par inoculation par cette méthode, se résument dans la production d'un tissu de granulation très vasculaire et la formation de granulomes possédant les caractères typiques du sclérome humain.

Ces granulomes par leur aspect pendant la vie, rappellent aussi les lésions scléromateuses. Ces observations ne sont pas cependant tout à fait concluantes : jamais on n'a encore observé

chez l'homme de lésions scléromateuses, et, second point plus important, chez l'homme, le sclérome est une affection essentiellement chronique, qui s'éteint au point d'abord touché, à mesure qu'elle progresse, à la périphérie, processus qui n'a pas été constaté dans les expériences de Stepanow, où les lésions ont présenté une évolution très rapide.

Le bacille du sclérome est un pyogène et dans presque tous les cas on trouve de petits foyers purulents. Il est difficilement inoculable : peu de contagiosité chez l'homme (cas unique de Robertson : sclérome chez deux sœurs), peu de tendance des lésions à s'étendre, etc.

P. TISSIER.

Croup ou diphtérie du nez (Rhinitis fibrinosa aut diphteritica), par JOHANN SENDZIAK. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, février-mars, 1893).

Revue d'ensemble, à propos d'un cas de rhinite pseudomembraneuse concernant un médecin de 31 ans; on ne trouva aucun bacille de Klebs-Löffler ni par l'examen direct, ni par les cultures, mais plusieurs coques et en particulier le streptocoque pyogène. La porte d'entrée du microbe semble être une écorchure du menton par un rasoir. La rhinite apparut au bout de quinze jours, sans réaction fébrile, sans réentissement ganglionnaire; il n'y eut pas de troubles nerveux, pas de paralysie consécutive. La maladie dura 15 jours.

P. TISSIER.

Tumeur tuberculeuse de la cloison chez un enfant, poumons sains, infection nasale primitive, par CHIARI, de Vienne. (*Revue de laryng.*, 3 mars 1893).

Cas très rare, dit Chiari avec justesse, qui s'est présenté chez une fillette de 12 ans. L'examen microscopique fait à deux reprises par le Dr Pauzer et par l'auteur ensuite, montre nettement des cellules géantes et la présence de bacilles. L'enfant était malade depuis 6 à 8 mois environ. La tumeur composée de nodules, de granulations très molles et saignant facilement existait à la partie antérieure de la cloison; elle était irrégulière par conséquent, de la grosseur d'une noisette, pâle et transparente par endroits, la base était un peu étranglée; quelques mois après, la tumeur récidiva et fut de nouveau extirpée.

L'auteur ne peut expliquer la cause de cette infection qui est probablement la suite d'une contagion directe.

A. G.

Contribution à l'étude des tumeurs malignes du cavum naso-pharyngé, par F. RONCALLI (*Arch. ital. di otol.*, n° 2, 1893).

Un homme de 42 ans, souffrant depuis l'enfance d'obstruction nasale, se présente à R. se plaignant de moucher du sang depuis plusieurs mois et d'avoir parfois de véritables hémorrhagies par les narines ou par la gorge. Voûte pharyngée occupée par une tumeur sessile, aplatie, s'étendant à gauche jusqu'au pavillon de la trompe, mais respectant le triangle de la cloison, molle et saignant facilement. Ablation d'un morceau; diagnostic histologique; carcinome télangiectasique, ignipuncture, cachexie, mort.

R. croit que dans ce cas, des végétations adénoïdes, datant de l'enfance et ayant persisté plus que de coutume, s'étaient métamorphosées en néoplasme malin. Il rapproche ce cas de ceux qui ont été publiés par Delie d'Ypres, par Corradi et par Cozzolino en 1891. Il se demande si ces végétations qui se transforment spontanément ou après traumatisme opératoire en tumeurs malignes ne renferment pas à l'avance les germes de la future néoplasie; il rappelle à ce propos que l'on a déjà rencontré des cellules géantes dans quelques cas de végétations adénoïdes (Pilliet.)

M. BOULAY.

Extraction avec la main d'un polype fibreux naso-pharyngien d'une grosseur extraordinaire, par E. ZAUFAL, (*Prager med. Wochenschr.*, 15 mars 1893).

Le cas est remarquable, d'abord à cause du volume extraordinaire du polype et du mode particulier de son extraction. Il se rapproche du cas que Störk a publié en 1876 et de celui que Zaufal a rapporté en 1878, mais le polype dont il est ici question est assurément le plus volumineux de ceux qui ont été mentionnés.

La malade âgée de 37 ans souffrait depuis 17 ans de troubles de la phonation, auxquels s'étaient ajoutés des troubles de la déglutition depuis 15 jours; les aliments liquides pouvaient seuls être déglutis. L'expiration est impossible des deux côtés des fosses nasales.

A l'examen rhinoscopique on trouve la fosse nasale droite libre. Du côté gauche le méat inférieur et une partie du méat moyen sont remplis par une tumeur en forme de boudin, gris blanc

rougeâtre, lisse et luisante donnant l'aspect d'un polype muqueux ordinaire, animée de mouvements pendant la déglutition.

Lorsqu'on abaisse la langue, on voit que toute la cavité du pharynx est comblée par une tumeur lisse gris jaunâtre, convexe en avant. Cette tumeur peut être suivie en haut derrière le voile du palais et en bas profondément au dessous de la base de la langue. Le voile du palais est fortement projeté en avant. A droite et à gauche la tumeur s'applique contre les parois latérales du pharynx. A l'aide du doigt on peut contourner la tumeur en haut et en bas, mais il est impossible de définir son point d'implantation, bien qu'on puisse affirmer qu'elle ne s'implante ni à la paroi postérieure, ni supérieure ni aux parois latérales.

En s'aidant de l'index et du médius, on parvenait à retirer la tumeur du pharynx, cette manœuvre se produisait avec un bruit analogue à celui qu'on obtient lorsqu'on fait une désarticulation. La tumeur remplissait alors presque complètement la cavité buccale largement ouverte, jusqu'au niveau des incisives. Zaufal, après avoir saisi fortement la tumeur à deux mains entre l'index et le médius remontés aussi haut que possible derrière le voile du palais, exerça en s'aidant des pouces une traction puissante qui lui permit d'arracher le néoplasme. Ce dernier céda avec tous ses prolongements. Pas d'hémorrhagie sur le moment, mais quelques jours après hémorrhagie par la narine gauche. Tamponnement d'otite moyenne suppurée double. L'auteur donne une description détaillée de la tumeur avec deux figures, une de face, l'autre de profil. Elle pesait 112 grammes et avait 11 centim. de long (16 avec son prolongement); largeur 0,6, épaisseur 0,3 1/2, circonférence 14 centim.

A l'examen microscopique on vit qu'on avait affaire à une tumeur fibreuse; la rareté des cellules rondes fit exclure le diagnostic de sarcome.

L'auteur a eu des nouvelles de sa malade plus de 3 ans après l'opération; pas de récurrence.

Ce qu'il y a encore d'important à signaler dans cette observation, c'est le point d'implantation, très long et très mince, ce qui a permis du reste l'arrachement.

L'auteur après avoir discuté les divers points d'implantation possibles, croit pouvoir affirmer, d'après l'aspect de la tumeur que le bord postérieur du vomer et l'arcade supérieure des choanes servaient d'implantation.

Il conseille la méthode exposée pour les cas analogues, en re-

commandant de faire préalablement passer deux fils avec tampons d'iodoforme laissés à l'extérieur de la bouche et qui serviraient à faire un tamponnement postérieur en cas d'hémorragie.

L. L.

Rapport du tissu adénoïde de la voûte du pharynx avec les paresthésies de la gorge et du nez, par KAFEMANN. (*Revue intern. de rhinol.* p. 13, 25 janvier 1893).

Rien de fréquent comme ces paresthésies nasales ou pharyngées qui font le désespoir du malade et surtout du médecin, lequel, ne trouvant aucune lésion du nez et de la gorge qui les explique, les met à tort sur le compte d'un état général névropathique et institue dans ce sens un traitement qui presque toujours échoue. Or, les plus minimes altérations de l'amygdale pharyngée peuvent être cause de ces paresthésies, qui ne disparaissent que si on s'attaque directement à elles. K. a observé plusieurs cas de ce genre, et en rapporte trois types principaux.

1^{er} Type. Une jeune femme, de santé parfaite, éprouve à chaque instant un besoin irrésistible d'expulser, par des inspirations spasmodiques, les mucosités qui se sont accumulées dans le « cou » et elle n'y arrive qu'au prix de bruits très désagréables. Aucune altération des muqueuses : pas la moindre croûte. Mais en explorant la voûte du pharynx, qui semble lisse, le bouton du stylet tombe dans une petite fente d'où sort un bouchon de mucosité visqueuse de la grosseur d'un pois : on pratique alors la dissection de la muqueuse sur la ligne médiane, on y trouve des canaux en forme de tunnels et des kystes ; et la malade guérit rapidement de sa paresthésie.

2^e Type. Une dame, quoique présentant des fosses nasales bien conformées, se plaint de ne pouvoir pas respirer par le nez.

On porte le diagnostic d'hystérie, on institue un traitement en conséquence ; pas de résultats. Un nouvel examen du naso-pharynx montre une asymétrie de la voûte, due à un kyste : on détruit celui-ci, la malade se sent guérie et déclare respirer librement.

3^e Type. Un jeune homme éprouve le matin de l'obstruction nasale : celle-ci persiste pendant une heure, mais ne se montre que dans la fosse nasale gauche. A l'examen du nez, on trouve que cette fosse nasale est absolument libre, et que c'est au contraire la fosse nasale droite qui est rétrécie par une déviation de la cloison. Muqueuse complètement normale. En cherchant bien,

on trouve quelques petits récessus au niveau de la voûte ; on les ouvre, on les cautérise ; survient une guérison complète.

En résumé, l'examen pharyngo-rhinoscopique le plus soigneux est absolument indiqué dans tout cas de paresthésie de la gorge ou du nez. Il va sans dire qu'il faut en ceci s'aider de la rhinoscopie postérieure, et rejeter le douloureux et imparfait toucher digital qui ne fournit au médecin de renseignements que sur les lésions tout à fait grossières du cavum.

M. L.

Du massage vibratoire appliqué à l'oto-rhino-laryngologie, par F. FELICI (*Rev. intern. de rhinol.*, n° 3, p. 23, 10 février 1893).

Après avoir visité la clinique de Braun, à Trieste, Felici est devenu un partisan du massage vibratoire appliqué aux maladies du pharynx, du larynx et du nez. Il l'emploie avec succès à la période hypertrophique de l'ozène ; en 6 ou 7 séances, il fait cesser les épistaxis et la céphalalgie, rend la sécrétion plus fluide et enlève la fétidité. ; les avantages sont moindres à la période hypertrophique de l'ozène. Il l'a vu réussir dans trois cas de *laryngite tuberculeuse* avec infiltration et ulcération superficielles des bords descordes vocales et du repli interaryténoidien ; peu à peu l'infiltration se résorbe, les ulcérations se détergent et se cicatrisent.

Felici suit la technique recommandée par Laker : emploi d'une grosse sonde différemment recourbée, suivant les régions à atteindre et dont l'extrémité est entourée d'un tampon d'ouate imbibé du médicament ; vibrations régulières produites par la contraction des muscles de l'avant bras ; légèreté, régularité et homogénéité des vibrations pour éviter douleur et ecchymoses ; au reste mieux vaut cocaïniser la partie malade. La durée du massage sur chaque point doit-être au début de 1 à 3 secondes, puis de 8 à 10. Chaque séance doit avoir au maximum un quart d'heure ; il est bon de mettre entre chacune d'elles un intervalle de 2 à 3 jours.

M. L.

Vibration des muqueuses des voies aériennes supérieures, par O. CHIARI. (*Rev. intern. de rhinol.* n° 6, p. 61), 23 mars 1893,

Dans ce mémoire, qui n'est qu'un résumé de ses travaux antérieurs sur la même question, Chiari fait une critique serrée du massage vibratoire appliqué au traitement des maladies du nez,

du pharynx, du larynx ; et, faits en mains, il renverse la plupart des assertions de Braun et de Laker.

Il a mis en pratique ce traitement à sa clinique de l'Hôpital général de Vienne pendant deux années, ce qui lui en a donné une expérience suffisante ; il a rigoureusement suivi les indications de Braun, sans modifier en rien son manuel opératoire, et il est arrivé à une conclusion négative qu'il formule ainsi : « Les « *badigeonnages* et les *vibrations* sont de bonnes méthodes de « traitement des muqueuses des voies aériennes supérieures, « elles agissent toutes deux de la même manière et au même « degré. *Les vibrations n'ont de nouveau que le nom et la théorie.* « Le choix du médicament est nullement indifférent. »

Braun et Laker ont affirmé que le médicament dont ils imprègnent le tampon masseur est sans importance, et que le mouvement vibratoire produit seul l'effet curatif en activant le mouvement du sang et de la lymphe de façon que les muqueuses hypertrophiées s'amincissent et les muqueuses atrophiées s'épaississent.

A priori, il est contraire à la logique de soutenir qu'un même agent produise deux effets diamétralement opposés ; mais C. explique cela en admettant, comme l'ont fait jusqu'ici tous les médecins, que les badigeonnages avec des astringents ont une action constrictive, les badigeonnages avec des fondants une action relâchante. Au reste, analysant avec soin les observations rapportées par les défenseurs de cette méthode, C. nous montre qu'elles ne prouvent pas autant l'excellence des vibrations que veulent bien le dire Braun et ses imitateurs. Suivons-le dans son argumentation.

On a dit que le massage vibratoire seul pouvait amener la guérison de l'ozène en déterminant la régénération du tissu atrophique. Chiari n'a jamais vu cela ; il a traité des malades alternativement pendant plusieurs semaines par les vibrations, puis par les badigeonnages, et il a constaté un égal effet des anciennes et de la nouvelle méthode. Du reste, l'effet des vibrations n'est pas tellement rapide, puisque parmi les malades de Braun il en est trois qui ont été traités pendant un ou deux ans. Dans les observations de Laker, il n'est pas question de la régénération des cornets, il y est dit simplement que la muqueuse était un peu plus épaisse, constamment humide, résultat que nous obtenons tous après plusieurs années de traitement journalier de l'ozène. Demme seul aurait vu dans sept cas, après une à trois années de massage, les cornets atrophiés subir une telle

hypertrophie, qu'il fallut les réduire à l'aide du galvano cautère ! Or, de l'avis même des plus grands partisans des vibrations, « cette proposition doit être considérée comme une exagération. »

L'effet du massage vibratoire serait brillant dans la *rhinite hypertrophique*. Cependant Laker, dans la plupart des cas qu'il rapporte, a employé concurremment le serre-nœud et le galvano-cautère, de sorte que, ainsi qu'il lui a été dit à la Société médicale de Styrie devant laquelle il a fait sa communication, ses résultats ne peuvent pas être attribués aux seules vibrations. Dans beaucoup de cas de rhinite hypertrophique, C. n'a rien obtenu de plus avec les vibrations qu'avec les badigeonnages ; il déclare que ces deux procédés se valent, et produisent le même effet, variable seulement avec le médicament employé.

Le massage vibratoire aurait une efficacité réelle contre les *polypes* du nez. Non seulement il les ferait disparaître, mais ils en empêcheraient le retour « en transformant en tissu sain la base « malade des tumeurs. (Laker). » A ce propos, Chiari cite une observation, bien intéressante ; un de ses malades, à qui il avait plusieurs fois enlevé au serre-nœud des petits polypes non pédiculés, eut une récurrence en mai 1892, et alla trouver Laker ; celui-ci les *extirpa*, puis appliqua le traitement vibratoire, quatre-vingts fois pendant l'espace de quatre mois. En septembre, le malade revint à Vienne ; il avait de nouveau une série de polypes que C. dut lui enlever.

Le massage vibratoire aurait une efficacité remarquable pour faire disparaître les *phénomènes nerveux réflexes* d'origine nasale. Cependant, depuis le travail de Hack, n'a-t-on pas publié un nombre infini d'observations de ce genre, où la guérison fut amenée sans vibrations ? C. explique aisément les succès passagers de Laker, par ce fait que, pendant le massage vibratoire, il emploie fréquemment la cocaïne ou le menthol, deux médicaments qui ont si bien la propriété de suspendre les névroses réflexes nasales, que précisément on s'en sert pour en établir le diagnostic.

Laker donne comme supériorité de sa méthode cette preuve qu'il a guéri beaucoup de patients qui avaient été inutilement traités par d'autres procédés. Mais ne sait-on pas que la plupart des affections nasales ont une marche variable, et qu'après avoir résisté pendant des années à toutes les médications, elles guérissent finalement par la reprise d'un mode de traitement qui avait été inefficace jusque là ?

D'après Laker, un grand nombre de *végétations adénoïdes du naso-pharynx* pourraient être supprimées sans opération, par les seules vibrations. Cependant Laker lui-même enlève souvent les végétations, et se contente d'en faire disparaître les résidus avec le massage vibratoire, résultats que C. et beaucoup d'autres ont obtenu avec les badigeonnages ordinaires.

Une fin de non recevoir a été opposée par les partisans du massage vibratoire à toutes les objections qui attaquent leur méthode préférée : « On peut poser en principe, a-t-on dit, que « presque tous les cas d'insuccès persistants sont dus à la mala-
« dresse des médecins, à la mauvaise application de la méthode. » Mais comment appliquer la méthode d'une manière convenable, se demande Chiari, puisque ses deux principaux partisans la décrivent d'une façon toute différente ? « En aucun cas, dit « Braun, ces mouvements ne doivent être produits par une con-
« traction continue de l'épaule, du bras, de la main... » Et Laker de dire au contraire : « Les mouvements vibratoires sont produits
« par la contraction tétanique de la musculature de l'extrémité
« supérieure droite... » Cependant aucune contraction musculaire ne peut être plus continue qu'une contraction tétanique.

M. L.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

La soudure complète du voile du palais et du pharynx, par A. CARTAZ. (*Arch. intern. de laryng.* n° 2, p. 63, mars-avril 1893).

Intéressante revue d'ensemble sur cette question, où l'auteur consigne le résumé de ses recherches bibliographiques provoquées par l'observation d'un cas personnel. C'est un chapitre qui mérite désormais une place à part dans des livres classiques. L'affection n'est pas d'une excessive rareté puisque Cartaz a pu en réunir trente-neuf observations ; et dans ce nombre il ne comprend que les cas de symphyse totale ; systématiquement son étude laisse de côté les faits beaucoup plus fréquents où une adhérence incomplète du voile à la paroi pharyngienne postérieure laisse encore une certaine perméabilité au conduit pharyngo-nasal.

Avant le mémoire de Julius Paul, cette difformité était peu connue ; elle fut ensuite mieux étudiée, et plus tard Schwebisch, en France, en fit le sujet de sa thèse inaugurale.

La syphilis est presque la seule cause de symphyse totale qui puisse être incriminée ; Homolle en cite cinq cas, attribués à des scrofulides malignes, mais à une époque où le démembrement de la scrofula et son annexion partielle à la syphilis n'étaient pas encore réalisés. Le lupus, le rhinosclérome pourraient aboutir au même résultat.

On assiste rarement à l'évolution des accidents ; les lésions initiales ont insidieusement progressé dans le passé ; et quand le malade vient consulter, le mal est fait. D'autres fois on est présent à la première phase, mais on la méconnaît ; la lésion peut se continuer en arrière du voile ou même prendre le masque d'une simple rhinite purulente ; dans ce cas, peu à peu les adhérences se font de haut en bas.

Le plus souvent, il s'agit des larges ulcérations de la syphilis tertiaire : Schech prétend cependant que les simples érosions superficielles de la pharyngite catarrhale suffisent à préparer le travail de symphyse.

L'adhérence se fait progressivement, favorisée par l'infiltration des piliers qui diminue considérablement l'orifice pharyngo-nasal et rapproche les parties opposées, favorisée aussi par une myosite inflammatoire qui immobilise le voile dans un état parétique ; quand il n'y a plus qu'un orifice de passage étroit, il suffit de fort peu de temps, quelques jours au plus, pour que l'occlusion devienne absolue (Neumann). Paul admettait qu'il suffisait d'un contact très court, entre deux plaies opposées, et ulcérées, pour qu'un commencement d'adhérence pût se faire ; avec Homolle, Cartaz croit peu à la possibilité de cette greffe presque soudaine.

On conçoit quels doivent être les symptômes fonctionnels de la symphyse totale : suppression de la respiration nasale, amenant une pénible sécheresse du pharynx ; nasillement ; suppression de l'odorat et du goût ; rhinite catarrhale due à l'accumulation de mucosités dans le nez, le malade ne pouvant plus s'en débarrasser en se mouchant ; surdité due à l'occlusion de la trompe par des brides ou à l'extension de l'inflammation de la caisse.

Théoriquement, le traitement chirurgical de cette affection paraît se réduire à une opération assez simple : décoller les surfaces adhérentes et empêcher leur juxtaposition jusqu'à complète cicatrisation. En fait il en est tout autrement : rien n'est plus difficile que de pratiquer le décollement, si ce n'est de maintenir les lambeaux séparés, et de s'opposer à leur réunion

rapide. Les nombreux appareils imaginés pour empêcher ce rapprochement, remplissent le plus souvent mal leur but et sont fort difficiles à supporter.

Cattaz passe en revue les diverses opérations proposées dans ce but, dont certaines fort difficiles à exécuter. Sans se laisser aller au découragement de la plupart des chirurgiens français qui proposent de renoncer à toute intervention, trouvant que le soulagement apporté à un malade récompense mal les dangers auxquels on l'expose, il conclut en conseillant l'intervention chirurgicale dans la variété d'adhérence simple, sans brides cicatricielles ni tissu inodulaire épais rétrécissant le pharynx nasal; dans de tels cas, une autoplastie a des chances de succès durable. Mais, quand le pharynx est rempli d'un bloc de tissu fibreux (voir le cas de Lubet-Barbon) qui établit la symphyse sur une grande hauteur, toute opération expose à de grands dangers, et doit être rapidement suivie de récurrence. Le mieux est dans ce cas, ou de s'abstenir, ou se contenter de pratiquer une perforation que l'on maintiendra béante en y passant souvent des sondes dilatatrices.

M. L.

Ptyalisme et pyoctanine. par M. HEIMANN (*Therap. Monatshefte*, n° 2, février 1893).

Dans un cas de ptyalisme idiopathique où tous les traitements employés avaient échoué, l'auteur a vu disparaître la salivation par l'emploi de la pyoctanine en badigeonnages. Le badigeonnage de toute la bouche était pratiqué deux fois par jour, avec une solution au millième. Le traitement a duré trois semaines et la guérison s'est maintenue.

L. L.

Amygdalite aiguë; arthrite sur un ancien foyer de traumatisme. par le Dr J. SACAIZE (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 26, p. 202, 29 juin 1893).

Jeune militaire de 21 ans, entré le 12 mars dans le service du professeur Grasset, pour une amygdalite aiguë simple, avec bronchite légère, ayant débuté cinq ou six jours auparavant. Dans les antécédents de ce malade, on note qu'à l'âge de dix ans il s'est fait une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras droit, et que, depuis lors, les mouvements du poignet sont toujours un peu pénibles. Le 20 mars, la bronchite

a disparu presque complètement, les amygdales ne gardent qu'une légère rougeur ; mais dans la nuit le poignet droit est devenu douloureux et présente une rougeur assez vive avec gonflement ; ces accidents articulaires s'amendent au bout de quelques jours.

Il est intéressant, dans cette observation, de voir une amygdalite aiguë reproduire la classique expérience de Max Schüller, et déterminer une arthrite dans la seule articulation dont un traumatisme déjà très ancien avait fait un lieu de résistance amoindrie.

M. L.

Emploi de l'anse galvano-caustique dans l'hypertrophie des amygdales, par SENDZIAK. (*Revue de laryng.* n° 4, 1893, p. 129).

Plaidoyer court, mais très convaincu, en faveur de cette méthode opératoire chez l'adulte. L'auteur emploie le serre-nœud avec anse en acier, il recommande de ne pas trop chauffer le fil d'acier, et d'interrompre de temps en temps l'opération ; il ne nous dit pas le temps que dure cette opération, qui, paraît-il, n'a jamais causé de douleurs dans tous les cas qu'il eut à traiter.

Ensuite il recommande les gargarismes boricués à 4 pour 100, les insufflations d'aristol, l'alimentation froide et liquide.

A. G.

Tumeur réunissant la symphyse du menton à la voûte palatine, par A. BROCA, (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, février 1893, p. 99).

Pièce provenant du service du Dr Guéniot : anomalie constatée dans la cavité buccale d'un nouveau-né. Tumeur réunissant les deux maxillaires et partant de la partie postérieure de la symphyse du menton pour aboutir à la voûte palatine. Bifidité de la langue consécutive. Tumeur velue extérieurement ; sera étudiée.

A. G.

Action physiologique et emploi thérapeutique du bâillement, par O. NEGELI. (*Corresp. Blatt. für schweiz. Aerzte*, 1893, n° 12.)

A la fin du bâillement, l'acuité auditive diminue pendant une demi-minute. Cette diminution est due à la contraction momentanée du pédro salpingo-staphylin qui ferme l'orifice tubaire.

Quand il existe un catarhe, une rigidité du pavillon de la trompe, cette action du bâillement sur l'audition n'a plus lieu. De plus, pendant le bâillement, les muscles du pharynx en se contractant expriment la trompe; aussi, dans le cas de catarhe tubaire, une série de bâillements répétés peut être un utile adjuvant du traitement.

M. L.

Le traitement de la diphtérie par la pyocyanine (violet de méthyle)
par H. PLAUT de Leipzig, (*La médecine scientifique*, n° 1, p. 9, janvier 1893).

Presque simultanément, en 1892, Jänicke et Taube recommandèrent la pyocyanine dans le traitement de la diphtérie; ils se louaient tous les deux de ses effets favorables, qu'ils expliquaient cependant d'une façon différente: Jänicke croyait que la pyocyanine arrêtaient directement le développement des bacilles; Taube pensait au contraire que ce corps modifiait les tissus en leur donnant une résistance plus grande. Plaut partage cette dernière opinion: il attribue les résultats favorables qu'il a obtenus à ce que la pyocyanine rend l'épithélium moins vulnérable; au contraire les bacilles recueillis sur les fausses membranes ainsi traitées, gardent leur vitalité et même leur virulence. La pyocyanine a aussi un autre effet, secondaire, mais très utile; elle nous montre jusqu'où nous devons pousser les précautions et les désinfections pour éviter la contagion. Tout ce qui est en contact avec les matières contagieuses porte des traces visibles de l'infection: or dans les chambres de diphtériques, ainsi traités, partout existent des taches violettes, sur les cuivres, sur le plancher, aux boutons des portes: la chambre voisine, surtout les cabinets d'aisance et la cuisine, présentent des traces de violet; l'auteur en a trouvé jusque dans la cour d'une maison où il traitait un diphtérique « En résumé, dit-il, lorsque dans la pratique que on se heurte si souvent à tant de difficultés pour opérer « une désinfection complète, il suffit ici d'attirer l'attention sur « toutes ces traces indéniables de violet de méthyle pour « convaincre les gens de la présence généralisée des germes « dans leur appartement, et les voir disposés à accepter toutes « les prescriptions rigoureuses. Si la pyocyanine n'avait pas « d'autre utilité que celle-là, ce serait déjà suffisant pour conserver à cette substance une place durable dans le traitement de « la diphtérie. »

M. L.

Nouveau traitement de la diphthérie par E. HÜBNER, *Wiener klin. Wochensch.* 26 janvier 1893, p. 76.).

Dans cinquante-deux cas de diphthérie, des attouchements de la gorge avec une solution de sesquichlorate de fer, plus ou moins concentrée, ont été pratiqués deux ou trois fois par jour. La mortalité a été seulement de deux enfants.

G. H.

Le traitement local de la diphthérie pharyngée par THÉODORE ESCHERICH (*Wiener klin. Wochensch.*, p. 116. 16 février 1893).

C'est une revue critique des divers traitements employés depuis ces dernières années contre la diphthérie. L'auteur fait ressortir combien il est nécessaire, pour établir une statistique exacte des résultats obtenus, de procéder à la recherche du bacille de Löffler, afin d'être bien certain qu'on a toujours eu affaire à de la diphthérie vraie. En résumé le traitement doit avoir pour but la destruction des fausses membranes et l'antisepsie rigoureuse de la gorge. Il donne la préférence aux vaporisations de sublimé au quatre millième, solution qui lui paraît amener le plus rapidement la destruction des bacilles. Elles seront pratiquées sept à huit fois dans les 24 heures. Il a rarement observé des accidents d'intoxication à la suite de l'emploi de cette méthode.

G. H.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Rôle de l'épiglotte, des cartilages aryténoïdes et du segment inférieur du pharynx dans l'acte de la déglutition, par L. RETHI (*Wiener klin. Wochensch.* n° 15, page 278, 1893).

Cette étude est basée sur les recherches faites chez le lapin, le chien et le chat, et procède également d'examen laryngoscopiques de l'homme pendant la déglutition. Pendant cet acte, il se produit une contraction des muscles crico-thyroïdiens qui rapproche les uns des autres les cartilages thyroïdes et cricoïdes, et détermine l'adduction des cordes vocales. Le sommet des cartilages aryténoïdes s'incline en avant, tandis que des

deux côtés la partie inférieure du pharynx se creuse en forme de gouttière. Quant à l'application de l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx, elle est due à la pression de la langue et n'est pas sous la dépendance de l'action des muscles du larynx.

G. B.

Névroses laryngées à la suite de quelques opérations gynécologiques, par G. FERRERI (*Arch. ital. di otolog.*, etc. 1893, n° 2).

On a plus d'une fois noté le développement de troubles laryngés en rapport avec la menstruation, la grossesse, la ménopause, les affections utéro-ovariennes, les déviations de la matrice, mais on n'a pas encore signalé de troubles vocaux à la suite d'opérations gynécologiques. F. a observé des phénomènes de parésie ou de spasme laryngé, surtout chez des femmes ayant subi des opérations gynécologiques incomplètes, (ablation partielle de l'utérus ou des ovaires) en particulier dans des cas où l'on avait fixé les organes génitaux à la paroi abdominale (hystéropexie, hystérotomie sus-pubienne pour myômes, etc.). Dans les faits de ce genre F. a constamment noté la coexistence du hoquet avec les phénomènes parétiques ou spasmodiques. Comme exemple, F. rapporte le cas suivant : une femme est opérée pour la seconde fois en 1891 de kystes dermoïdes multiples des ovaires ; après l'opération, disparition de phénomènes réflexes divers, (toux nerveuse, hoquet), dont elle souffrait depuis quatre ou cinq mois. En février 1892 elle perd subitement la voix, puis la recouvre pendant des périodes irrégulières de deux à dix jours ; examinée à la fin de mars, elle présente les signes d'une parésie du thyro-aryténoïdien interne. En huit séances de galvanisation, guérison de l'aphonie, mais peu après apparaissent des accès de hoquet revenant chaque jour aux mêmes heures.

En ce qui concerne la pathogénie de ces phénomènes laryngés post-opératoires, F. ne croit pas qu'ils soient d'origine corticale, il tend à admettre une influence réflexe qu'expliqueraient les relations anatomiques entre le grand sympathique et le nerf vague.

Les névroses laryngées post-opératoires sont justiciables d'un traitement électrique, mais tendent à récidiver. Le hoquet est plus rebelle que les parésies des thyro-aryténoïdiens ou la toux spasmodique. Dans les cas où le traitement resterait sans effet sur les phénomènes spasmodiques, F. croit qu'on serait autorisé

à sectionner le laryngé supérieur, s'il est vrai, comme l'a soutenu Creveling, que l'irritation des filets terminaux ou du tronc de ce nerf ait une influence sur la production du spasme laryngé.

M. BOULAY.

Mouvement non encore observé des cordes vocales (abaissement) pendant la phonation. par J. NEUMANN. (*Soc. des méd. de Budapest.* Séance du 25 février 1893. Analysé d'après la *Revue intern. de rhinol.* n° 8, p. 93, 25 avril 1893).

Il est généralement admis que les cordes vocales, en se rapprochant, s'élèvent, et certains auteurs, Jurasz, Riegel, diagnostiquent la paralysie d'une corde vocale, lorsque celle-ci ne s'élève pas autant que l'autre. N. a constaté au contraire que dans la paralysie des récurrents, la corde immobile est située à un niveau supérieur à celui qu'occupe sa congénère, et il en conclut, en opposition avec la doctrine classique, que les cordes vocales, en se rapprochant, s'abaissent. Il le démontre par ses vivisections ; en coupant un récurrent chez le chien, on voit la corde vocale d'un côté prendre immédiatement une position plus élevée, surtout quand on détache en même temps le muscle tenseur ; sous l'influence de l'irritation du bout périphérique du nerf sectionné, la corde paralysée redescend au niveau de la corde saine.

N. explique ce phénomène, d'apparence paradoxale, de la façon suivante. Ce qui a induit en erreur les classiques, c'est qu'ils ont tenu compte uniquement de la direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans des surfaces articulaires cricoïdiennes, sur lesquelles, pendant l'adduction des cordes, les aryténoïdes doivent monter pour se porter en dedans. Mais le niveau des cordes est déterminé par l'apophyse vocale, non pas par l'aryténoïde entier : or il suffit que le cartilage s'incline en avant ou en arrière pour que l'apophyse descende ou monte. Cette excursion en arc de cercle dans le plan vertical peut être de presque cinq millimètres. En résumé, pendant la fermeture de la glotte, les cordes vocales s'abaissent pendant que les aryténoïdes s'élèvent. La tension des cordes est produite en effet par la contraction du muscle crico-thyroïdien, qui soulève en avant le cricoïde, tandis que le chaton de celui-ci s'abaisse en arrière, entraînant avec lui les aryténoïdes dans ce mouvement de descente ; de là résulte la tension des cordes vocales ; mais en même temps celles-ci, grâce à leur élasticité, tirent les cartilages aryténoïdes en avant,

et l'apophyse vocale est forcée de descendre avec la corde vocale.

La descente des cordes vocales, pendant leur tension, est un fait dont il faut tenir compte dans le diagnostic clinique.

M. L.

Fracture du larynx par strangulation, par LAUGIER (*Bulletin de la Société anatomique*, p. 376, Mai 1894).

Autopsie d'une vieille femme trouvée morte dans la rue. Pas de signes révélateurs extérieurs. Fracture du cartilage thyroïde parallèle au bord antérieur. Fracture simultanée de l'os hyoïde, au niveau de la grande corne gauche. Ecchymoses très légères à l'extérieur, épanchements sanguins assez abondants sous la muqueuse pharyngienne et sous celle du vestibule du larynx.

On ne sait pas la cause de cet état et la femme semblait avoir succombé à une mort accidentelle et naturelle.

A. G.

La formanilide. Son emploi dans le traitement des maladies du larynx, par J. PREISACH, de Budapest. (*Revue intern. de thérapeutique et de pharmacologie*, 4^{er} année, n° 8, p. 483, 26 avril 1893).

La formanilide est un homologue de l'acétanilide. C'est une poudre incolore et inodore, soluble dans cinquante parties d'eau. Déposée sur la langue, elle développe au bout de très peu de temps une sensation de brûlure, accompagnée d'une anesthésie passagère de la muqueuse linguale. P. a expérimenté ce produit dans le traitement des affections du larynx se caractérisant principalement par une dysphagie douloureuse : il a employé en insufflations un mélange à parties égales de formanilide et de poudre d'amidon. Les nombres des insufflations faites jusqu'ici s'élève à cent cinquante, principalement chez des malades atteints de périchondrite tuberculeuse aryénoïdienne.

A la suite de l'insufflation, les malades éprouvent une brûlure assez vive durant de cinq à vingt minutes : mais déjà pendant cette période se manifeste une analgésie locale, complète, permettant de déglutir sans difficulté. Dans la plupart des cas observés par P. la durée de cette analgésie a été de huit à douze heures : quelquefois de seize heures, rarement de moins de trois heures.

L'analgésie que donne la formanilide a sur celle qu'on obtient par la cocaïne ou l'antipyrine cette supériorité que, tout en étant aussi intense, elle a une durée beaucoup plus longue.

M. L.

Corps étrangers des voies aériennes. par H. R. HEYDECKER. de New-York. (*Arch. of pediatrics*, janvier 1893, p. 54).

L'auteur fut appelé auprès d'un enfant de 5 ans $1/2$ qui s'était réveillé avec un accès de suffocation ; l'enfant ne respirait presque plus et la trachéotomie fut pratiquée sur le champ à l'aide d'un bistouri de trousses et d'épingles à cheveux pour tous instruments ; lorsque tout danger d'asphyxie se trouva écarté, on se procura une canule trachéale et l'enfant fut laissé au repos une heure ; le croup ayant été reconnu invraisemblable dans le larynx et absent certainement dans la trachée, l'auteur fit l'examen laryngoscopique et découvrit sur la glotte un corps métallique qu'il réussit à extraire à l'aide d'un forceps ; c'était le bouton d'un bouchon métallique. La canule, désormais inutile, fut enlevée et la plaie suturée, ce qui ne fut pas facile pour la trachée ; il y eut réunion par première intention. L'auteur fait observer que dans ce cas des tentatives de tubage auraient été désastreuses.

M. N. W.

Corps étranger de la trachée, par FEILCHENFELD. Communication à la Société médicale de Berlin. (*Bulletin méd.* n° 14, p. 163, 19 fév. 93).

Feilchenfeld, appelé auprès d'un malade pris d'accès d'étouffement après son repas, diagnostiqua un corps étranger logé dans une bronche.

Le malade, placé sur un siège la tête en bas, rejeta dans un accès de toux un fragment de cartilage mesurant dix millimètres sur huit.

F. H.

Extraction d'un morceau de verre à l'entrée des voies digestives et aériennes, par E. J. MACORE. (*Rev. de laryng.* p. 81, 1893).

L'auteur cite le cas d'une femme de 28 ans chez qui il fit l'extraction de ce corps étranger planté à l'entrée de l'œsophage depuis plus d'un mois. La malade ignorait qu'elle eût avalé quelque corps étranger, et la présence de ce morceau de verre n'avait déterminé qu'une dysphagie très intermittente et de

temps en temps le rejet de sang ou de mucosités sanglantes. A l'examen laryngoscopique la nature du corps étranger était impossible à déterminer.

A. G.

Corps étranger du larynx. par OTTO SEIFERT. (*Rev. de laryng.*, janvier 1893, p. 1).

A propos d'une observation d'un jeune enfant qui conserva pendant 6 mois un corps étranger, un morceau d'os de forme triangulaire de 10 à 15 centimètres de large, fixé à la glotte et le divisant en 2 parties, et que l'auteur put aisément extraire au moyen de la pince de Schrötter, Seifert fait l'histoire des observations du même genre qui exigèrent pour l'extraction des méthodes différentes de la science, telles que le laryngotomie par exemple. Il cite aussi de nombreux cas de sangsues qui pénétrèrent et restèrent un temps plus ou moins long dans le larynx.

Dans le cas de Seifert, l'absence de dyspnée n'avait pas nécessité l'opération préalable de la trachéotomie. Après l'extraction du corps étranger, les parties d'implantation du corps étranger se recouvrirent de tissu de granulation sous forme de petites tumeurs, absolument comme dans le cas que je fis laryngofissurer par M. Périer, après avoir pratiqué moi-même la trachéotomie.

A. G.

Intubation laryngée, par A. BECLÈRE. (*Rev. de clin. et de therap.*, 8 mars 1892).

Dans le croup de l'adulte l'intubation doit être préférée à la trachéotomie. Même au seul titre de traitement palliatif elle offre l'avantage sur cette dernière de ne produire aucune hémorrhagie, d'être facilement et rapidement pratiquée sans émotion aucune pour le malade et son entourage.

On s'aidera du miroir, et on introduira un tube d'O'Dwyer modifié par Egidi, le n° 6 de préférence.

F. H.

Trachéotomie et intubation, par FRANCISCO EGIDI. (*Bollet. delle malat. dell' orecch.*, etc. 1893, n° 3 et 4).

42 trachéotomies ont été pratiquées de 1885 à mars 1889, chez l'enfant avec 20 guérisons (64, 3 %); à partir de 1889, 27 trachéotomies. n'ont donné que 30 % de guérisons. Depuis cette époque, E a fait 80 intubations avec 14 guérisons (20 %). Mais

depuis 1889, la diphtérie a été particulièrement grave. E. regarde les températures élevées (40°) comme une contre-indication à la trachéotomie, tous les enfants qu'il a opérés dans ces conditions ayant succombé.

A. F. P.

Des résultats du tubage dans la laryngite diphtérique, par M. DILLON BROWN. (*Arch. of pediatrics*, 246, mars 1893).

La statistique porte sur 701 cas observés à New-York, de 1885 à 1892.

18 refusèrent l'intervention ; un seul guérit.

29 succombèrent avant l'arrivée du médecin à l'asphyxie

13 présentaient une infection générale grave sans accidents laryngés notables.

68 ne furent pas soumis au tubage, comme n'étant pas encore en danger, un seul mourut suffoqué peu d'instants après le départ du médecin, les autres guérirent.

573 subirent le tubage ; il y eut 32, 4 % de guérisons (186 cas). Dans tous ces cas la sténose était menaçante, beaucoup d'enfants avaient été opérés déjà inconscients ; le tubage n'a jamais présenté d'inconvénients.

Du tubage dans le croup, J. HUBLARD. (*Cincinnati lancet clin.*, XXIX, 307, 1892).

Il substitue également le tubage à la trachéotomie dans la grande majorité des cas. Il ajoute d'ailleurs qu'il faut toujours être en mesure d'exécuter cette dernière opération.

LE MÊME (*Toledo med. and surg. reg.* 1893, 1, 17).

Dans 13 cas de croup la trachéomie pratiquée dix fois donna trois guérisons ; le tubage dans les sept autres cas donna également trois guérisons.

Du tubage dans le croup, T. WASCHAM de Chicago. (*Journ. of med. assoc.* 1892, XIX ; 714).

400 cas de tubage du larynx avec 139 guérisons (34, 75 %).

Du tubage dans le croup, H. ASTBY. (*The diseases of children, med. and surg.*, 1893).

Dans ce traité des maladies des enfants, l'auteur dit peu de bien du tubage, qu'il faudrait réserver pour les cas de laryngites

sans ou avec peu de fausses membranes, pour les cicatrices laryngées etc. Le tubage peut causer la mort en repoussant des fausses membranes ; il faut immédiatement pratiquer la trachéotomie.

M. N. W.

A quel moment doit-on pratiquer la trachéotomie ? par CARRON DE LA CARRIÈRE. (*Rev. de clin. et de thérap.*, p. 85, février 1893).

Après avoir discuté les opinions et raisons des partisans de l'opération hâtive ou tardive, l'auteur, dont la compétence est connue d'ailleurs, conclut.

La marche du tirage est avant tout le principal guide.

Donc :

1^o Se baser sur le tirage et non sur les accès de suffocation.

2^o Le tirage existe depuis quelques heures sans menacer la vie de l'enfant, et n'augmente pas : *attendre*.

3^o Le tirage est sus et sous-sternal permanent et progressif depuis plusieurs heures ; les premiers signes de l'asphyxie apparaissent : *il faut opérer : c'est le moment de choisir*.

4^o Les accès de suffocation existent et dans leur intervalle le tirage est nul ou modéré : *attendre*.

Enfin, quand on peut surveiller de près les enfants atteints de croup non infectieux, résistants, quand on peut remédier de suite au danger immédiat : *temporiser*.

F. H.

Trachéotomie pour goître suffocant : isolement et soulèvement d'une partie plongeante rétrosternale ; traitement général, canule à demeure ; guérison, par M. GANGOLPHE. (*Lyon médical*, n^o 44, p. 477. 2 avril 1893).

L'intérêt de cette observation réside en ceci : ne pouvant aborder directement la trachée à travers le goître, G. avec le doigt plongé derrière le sternum décolla le prolongement inférieur de la tumeur thyroïdienne et le luxa en haut et en avant : la trachée apparut alors aplatie et extraordinairement ramollie. G. borna là son intervention, regardant l'existence d'un collier thyroïdien pérित्रachéal comme utile, pouvant jouer, vis à vis de la trachée affaissée, le rôle d'attelle externe, la canule remplissant celui d'attelle interne. Au bout d'un an, il put supprimer la canule : la trachée avait repris sa consistance et on calibre et le goître avait disparu. Ce fait confirme l'hypothèse émise jadis par l'auteur que du fait même de la malaxation, un goître partiellement déplacé et isolé de ses connexions, est condamné à disparaître par atrophie.

M. L.

Microorganismes dans la trachéo-bronchite simple, par L. QUEYRAT.
(*Gaz. méd. de Paris*, n° 10, p. 411, 11 mars 1893).

La trachéo-bronchite simple, le rhume vulgaire, n'est pas une maladie *a frigore*, car souvent différents membres d'une même famille la prennent par contagion en dehors de l'exposition au froid.

Q. a trouvé dans les crachats des malades atteints de rhume des microorganismes spéciaux, qu'il tend à considérer comme les agents pathogènes spécifiques de cette maladie.

Ce sont des cocci assez volumineux, se présentant dans les crachats, soit isolés ou en amas, soit accouplés en diplocoques ou en chaînettes de trois ou quatre articles. La culture dans le bouillon montre qu'il s'agit là en réalité de streptocoques d'une espèce particulière. La température optima pour leur développement est de 35° à 37° ; à cette température, sur gélose ordinaire, on a, au bout de 24 heures, une culture déjà extrêmement abondante, formée de colonies grasses, opaques, saillantes, tantôt blanches, tantôt jaunes ; bientôt ces colonies se fusionnent en une couche épaisse qui diffuse peu. Le bouillon est rapidement troublé, avec dépôt abondant ; sur pomme de terre, culture bien peu appréciable.

Ces microbes se montrent en très grande abondance dans les crachats pendant les premiers jours de la maladie ; ils y deviennent ensuite de plus en plus rares ; vers le douzième ou quinzième jour, on n'en trouve plus du tout. En revanche à ce moment on voit apparaître une multitude de colonies minuscules, punctiformes, translucides qui cultivées dans du bouillon donnent naissance à un streptocoque différent du pyogène. Peut-être s'agit-il là du streptocoque que Pansini dit exister à l'état normal dans la trachée et qu'il a rencontré dans tous les cas de bronchites.

En résumé, dit Q. la présence constante des cas streptocoques démontrée par l'examen et l'ensemencement des crachats, ce fait, que, très abondants au début de la maladie, ils diminuent et disparaissent presque complètement dans les derniers jours, semblent indiquer qu'ils jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie de la trachéo-bronchite simple et que le froid n'y remplit qu'un rôle accessoire.

V. — ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE, ETC.

Un cas de malformation congénitale de l'œsophage, par P. W. TAYLOR. (*Boston med. and surg. journ.* CXX, VIII, 61, 1893).

Il s'agit d'une petite fille morte 45 heures après sa naissance et qui avait présenté pendant sa vie des accès de dyspnée et des symptômes de rétrécissement du pharynx. Il fut en effet constaté à l'autopsie que l'œsophage se terminait en haut en cul-de-sac, qu'un rétrécissement existait au niveau du cartilage cricoïde et que la trachée et l'œsophage étaient à ce niveau unis par un tissu dense, indisséquable ; il y avait une étroite communication du conduit alimentaire avec la trachée.

M. N. W.

Compression de l'œsophage, par CALDAM. (*Gaz. degli ospit.*, 27 avril 1893).

Malade de 24 ans réduite pendant 46 jours à se nourrir exclusivement de quelques aliments liquides par suite d'une compression de l'œsophage due à un abcès ossifluent provenant de la première vertèbre cervicale. Refus de toute opération et de toute tentative d'alimentation rectale. Sur la fin, la déglutition des liquides est elle même impossible. Mort par cachexie.

A. F. P.

Note sur trente quatre opérations de goître (extirpation et énucléation), par JULES BECKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 6, 1^{er} juin 1893).

L'auteur pose les conclusions suivantes.

L'énucléation dans le traitement du goître est d'une bénignité absolue. Sa facilité et sa rapidité d'exécution la placent bien au-dessus de l'extirpation partielle. Cette dernière ne doit être exécutée que lorsque l'énucléation est jugée impossible, ce qui est rarement le cas. Sans être aujourd'hui bien grave, elle est plus longue, plus laborieuse, plus sanglante. Pour toutes ces raisons, l'énucléation constitue l'opération de choix.

Quant à l'extirpation totale, ce n'est que dans les autres cas tout à fait exceptionnels (goîtres annulaires), qu'on sera autorisé à la pratiquer. Encore faudra-t-il que des accidents graves menacent directement et à brève échéance la vie du malade.

Lorsque la trachée est aplatie en fourreau de sabre, il conviendra de faire simultanément la trachéotomie pour éviter la mort subite post-opératoire.

M. L.

Du traitement du goître par la ligature des quatre artères thyroïdiennes, par LAVISÉ, de Bruxelles. (*Gaz. heb. de méd. et de chir.* n° 24, p. 278, 17 juin 1893).

La thyroïdectomie, quelque perfectionnée soit-elle aujourd'hui, expose le malade à des dangers d'autant plus graves qu'ils peuvent survenir d'une façon inopinée ; le récurrent peut être sectionné ; le ramollissement de la trachée, que rien ne peut faire prévoir, peut être la cause d'accidents asphyxiques, une fois enlevée la tumeur qui la maintenait béante ; la tétanie, le myxœdème peuvent se montrer plus ou moins tard après l'intervention, et causer la mort. L'énucléation par le procédé de Socin permet, il est vrai, d'éviter de tels accidents ; mais elle n'est applicable qu'à un petit nombre de goîtres. Quant à la méthode médicale de traitement par injections iodées interstitielles, elle est dangereuse, presque aveugle. Aussi L. appelle-t-il l'attention sur le traitement du goître par la ligature des artères thyroïdiennes, procédé proposé par Wölfler, et ayant donné à Billroth et à Rydygier des résultats fort encourageants. Cette opération est indiquée dans les goîtres parenchymateux de moyen volume et dans les goîtres très vasculaires : elle est sans action sur les goîtres fibreux non plus que sur les goîtres kystiques.

L. modifie un peu le procédé de Wölfler, en liant non pas la thyroïdienne inférieure, en rapport avec de nombreux filets du grand sympathique qui seraient infailliblement blessés, mais en liant le tronc commun de la cervicale ascendante et de la thyroïdienne inférieure, ce qui est beaucoup plus facile.

Les objections posées à cette méthode sont aisément réfutables. On a dit que la ligature des quatre artères thyroïdiennes pouvait amener la nécrose en masse du corps thyroïde : cette crainte est illusoire ; un certain nombre d'artères du voisinage suffisent à prévenir cette gangrène ; l'opération ne frappe pas de mort l'organe malade, mais en détermine l'atrophie graduelle.

Kocher pense que cet arrêt brusque de la circulation dans le corps thyroïde peut déterminer le myxœdème tout aussi bien que son extirpation : cela n'a pas encore été observé jusqu'ici.

L. n'a eu l'occasion de pratiquer cette opération que dans un cas, chez une femme atteinte de goître exophtalmique de moyen volume ; les suites opératoires furent excellentes ; les signes généraux de la névrose s'atténuèrent ; mais au bout de quelques mois la malade succomba aux nouveaux progrès de la maladie de Basedow.

M. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ITALIE.

Oreille.

G. Gradenigo. Surdité profonde et surdi-mutité à la suite d'une otite moyenne non purulente. (*Sordomuto*, juin et juillet 1892).

F. Felici. Le massage dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologique. (*Sordomuto*, juin 1892).

Camanni. Sur les illusions et hallucinations dans les maladies de l'oreille. (*Thèse de Turin*, 1892).

Airoidi. Sur les complications auriculaires dans la méningite c  rebro-spinale. (*Thèse de Turin*, 1892).

Scaramuzza. Sur les complications auriculaires de l'influenza. (*Thèse de Turin*, 1892).

Valli. L'otite interne dans la syphilis héréditaire. (*Thèse de Turin*, 1892).

G. Gradenigo. Sur les bruits subjectifs de l'oreille. (Conférence tenue au *Poli  linico generale de Turin*, F. Vallardi,   diteur, Milan 1892).

C. Poli. Encore à propos des issues cérébrales de l'otite moyenne. Le diagnostic des phlébites du sinus latéral. (*Gazz. degli osp.*, 6 août 1892).

F. Matera. Considérations sur l'étiologie, les suites et le traitement des mastoïdites consécutives à l'otite moyenne purulente, spécialement chronique, avec deux observations choisies parmi les plus importantes observées pendant l'année scolaire 1891-92 à la clinique officielle dirigée par le Prof. Cozzolino. (*Thèse de Naples*, 1892).

A. Gioja. Thrombo-phlébite des sinus latéral, pétreux inférieur, supérieur, etc.    la suite de lésions de l'appareil auditif, du rocher pétreux et des parties collatérales. (*Thèse de Naples*, 1892).

G. Masi. Traitement antiseptique et chirurgical des lésions purulentes du temporal, suites d'otite moyenne purulente et des abcès cérébraux otitiques. (*Thèse de Naples*, 1892).

G. Strazza. Un cas de séquestre du limaçon de l'oreille gauche avec conservation apparente de la fonction auditive. (*Sordomuto*, août-septembre 1892).

G. Gradenigo. A propos des caractères cliniques présentés par les affections du nerf acoustique. (*Sordomuto*, août-septembre et *Gazz. degli osp.*, 13 octobre 1892).

C. Compai  d. Encore sur la toux auriculaire. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1892).

G. Gradenigo. Sur la diplacousie monauriculaire. (*Gazz. degli osp.*, 15 octobre 1892).

S. Monaci. Notices historiques sur l'Institut royal des sourds-muets de G  nes. (*Typog. de l'Inst. R. des sourds-muets*, G  nes, 1892).

V. Cozzolino. Thérapeutique chirurgicale dans les complications intrac  raniennes des phlogoses purulentes de l'appareil auditif. (*Rassegna di scienze med.*, novembre 1892).

V. Grazzi. L'office d'otologiste et de laryngologiste dans les instituts ou écoles de sourds-muets. (*1^{er} congrès de la Soc. ital. de lar. otol. et rhin.*, Rome, octobre 1892 ; et *educazione dei sordomuti*, 1892).

G. Corradi. Compte rendu des maladies traitées au dispensaire oto-rhino-laryngologique de l'hôpital civil de Vérone, pendant l'année 1891. (*Archivio intern.* n° 5, Naples, 1892).

G. Gradenigo. Sur un cas de névrite acoustique bilatérale dde probablement à l'influenza. (*Gazz. degli osp.*, 31 décembre 1892).

E. de Rossi. II^e Congrès national des Professeurs de sourds-muets tenu à Gènes du 1^{er} au 6 septembre 1890. Communication sur l'utilité des médecins spécialistes pour l'examen et le traitement de l'oreille, de l'œil et de l'organe de la parole. (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

G. Corradi. Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille. (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier, avril, juillet et octobre 1893, et janvier 1894).

G. Secchi. Sur un nouveau cas d'otolithe. (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

G. Gradenigo. Sur un cas de périchondrite séreuse symétrique des deux pavillons de l'oreille. (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

V. Grazzi. Anciennes et nouvelles raisons qui conseillent de considérer dans les programmes universitaires l'otologie et la laryngologie comme les autres spécialités médico-chirurgicales. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, février 1893).

V. Cozzolino. Sur les otites moyennes pyogéniques. (*Gazz. degli osp.*, 11 avril 1893).

Bertelli. Sur la membrane tympanique de la rana esculenta. (*Arch. ital. de biol.* 3, xviii).

Toti. Contribution à l'anatomie pathologique des complications endocrâniennes des suppurations auriculaires. (*Sperimentale*, 30 novembre 1892).

V. Cozzolino. Thrombophlébites des sinus de la dure mère produites par des phlogoses locales infectieuses ou chirurgicales de l'appareil auditif, du rocher pétreux et des parties collatérales du nez et des cavités nasales primitives et secondaires du pharynx, de la gorge, des dents, des lèvres, etc. (*Boll. delle mal. dell'orecchio gola e naso*, avril, mai et juin 1893).

V. Cozzolino. Sur les otites catarrhales. (*Gazz. degli osp.*, 18 avril 1893).

E. de Rossi. Sur la chirurgie opératoire de l'oreille moyenne. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1893).

G. Gradenigo. Sur les manifestations auriculaires de l'hystérie. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* avril, juillet et octobre 1893 et janvier 1894).

G. Isaia. Thérapeutique des otites moyennes purulentes chroniques et des rhinites chroniques crouteuses chez les scrofuleux. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

V. Grazzi. Résultats obtenus en examinant les oreilles de tous les élèves de l'Institut royal Victor Emmanuel pour les enfants aveugles à Florence. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

G. Masini. Diagnostic des maladies labyrinthiques. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

F. Felici. Guérison d'un cas de syphilis labyrinthique bilatérale. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

G. Ferreri. Sur la carie nécrotique et sur les séquestres de l'os temporal chez les enfants. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1893).

G. Mingazzini. Sur le temps de réaction des stimulants acoustiques et le sens auriculaire de l'espace. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1893).

A. d'Aguanno. Séquestre osseux du conduit auditif externe. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juillet 1893).

A. Cantieri. Otite chronique avec polype muqueux. Opération et guérison. (*Gazz. degli osp.*, 10 août 1893).

R. Mongardi. Nouvelle méthode de trépanation mastoïdienne. Procédé à employer dans une consultation externe. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, août 1893).

G. Ferreri. Ostéite aiguë de l'antre mastoïdien à la suite d'une cautérisation galvanique des cornets inférieurs. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1893).

G. Geronzi. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la caisse du tympan. (*Arch. ital. di otol., rin. e lar.*, octobre 1893).

G. Masini. Sur le vertige auditif. Étude expérimentale et clinique. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1893).

C. Poli. L'audition chez les nouveaux-nés. (*Arch. ital. di otol. e rin. e lar.*, octobre 1893).

A. d'Aguanno. Communication anormale congénitale de la portion osseuse du conduit auditif externe avec la caisse du tympan. (*Arch. ital. di otol. lar. e rin.*, octobre 1893).

Scuri. Les conditions des sourds-muets italiens et l'organisation légale des études. (In 8° de 103 pages P. Coa, Naples, 1893).

G. Gradenigo. Sur la pathogénie des otites internes en général. (*Gazz. degli osp.*, 10 octobre 1893).

G. Gradenigo. I. Contribution à l'étude statistique des maladies, de l'organe de l'ouïe. II. La surdité dans la méningite cérébro-spinale. (*Giorn. delle r. Accad. di med. di Torino*, juillet 1893).

P. Taranto. Thérapeutique des diverses formes cliniques de mastoïdites provenant d'otites moyennes purulentes. Casuistique recueillie à la consultation d'otologie et rhinologie de l'hôpital clinique de l'Université de Naples, dirigée par V. Cozzolino (année scolaire 1892-93). (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1893).

V. Cozzolino. Microcidine dans les affections microbiennes pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge. (*Riforma méd.*, 30 août 1893).

V. Bianchi. Admission des élèves dans les écoles de sourds-muets. (*Tipog. S. Bernardino*, Sienne 1893).

V. Cozzolino. Ce que j'aurais dit comme oto-laryngologiste au Congrès national des professeurs de sourds-muets à Gênes, septembre 1892. (*Educazione dei sordo-muti*, Sienne, avril-mai 1893).

G. Ferreri. L'éducation des sourds-muets en Italie. (*Tipog. S. Bernardino*, Sienne 1893).

Lamanna. Un cas de labyrinthite suppurée. (*Puglia med.*, juin 1893).

P. Avoledo. Blessures de l'oreille par armes à feu (révolver). (*Morgagni*, octobre-novembre 1893).

V. A. Turina. Complications pyémiques dans une forme d'otite moyenne aiguë à caractère épidémique. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1894).

P. Avoledo. Les maladies de l'oreille chez les élèves des écoles primaires. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* janvier 1894).

R. Cimmino. Statistique des malades observés pendant les années scolaires 1891-92 et 1892-93, à la consultation pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, du Prof. V. Cozzolino à l'hôpital clinique de Naples. (*Raccoglitore med.* Vol. XVI, 1893).

V. Cozzolino. Traitement antiseptique et chirurgical des suppurations du recessus épitympanique ou attique de la caisse. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1894).

Nez et Sinus.

J. Dionisio. Sur les végétations adénoïdes des fosses rétro-nasales. (*R. Acad. di med. di Torino*, 3 juin; in *Gazz. degli ospitali*, 11 juin 1892).

Manega. Hydroméningocèle de la racine du nez. (*Rivista veneta di sc. mediche*, mai 1892).

E. Sacchi. Empyème du sinus frontal gauche. Trépanation du sinus. Formation d'un nouveau canal naso-frontal. (*Gazz. degli ospitali*, 26 juillet 1892).

Fratini. Asthme nerveux produit par les polypes du nez. (*Boll. della poliambulanza di Milano*, fasc. 3 et 4, 1892).

J. Dionisio. L'asthme bronchial réflexe du nez. (Conférence tenue au *Policlinico generale* de Turin; F. Vallardi, éditeur, Milan, 1892).

V. Cozzolino. Leçons sur la syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine et sur les lésions blennorrhagiques du nez, etc. (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, etc. août, septembre et octobre 1892).

G. Strazza. L'électrolyse contre les déformations du septum nasal. (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, etc., août 1892).

C. Corradi. Quelques considérations sur la métamorphose des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne en tumeurs malignes à propos d'un cas d'épithélioma primitif des fosses nasales chez une jeune fille de 24 ans. (*Sordomuto*, août-septembre 1892).

M. Treves. Quelques recherches sur le pouvoir absorbant de la muqueuse nasale. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, juillet 1892).

J. Dionisio. Sur les déviations de la cloison osseuse et cartilagineuse du nez. (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1892).

Colombini. Traitement du rhinosclérose. (*Riforma med.*, 13 septembre 1892).

G. Gradenigo. Sur un cas de pseudophotesthésie d'origine tactile. (*Giorn. della r. Accad. di Torino*, août-septembre 1892).

C. Poli. Sur le point d'implantation des polypes naso-pharyngiens. Note clinique et anatomie pathologique. (*Boll. dell mal. dell'orecchio, gola e naso*, novembre 1892).

F. Massol. Traité italien de pathologie et thérapeutique médicale. Maladies du nez. (Vol. III fasc. 12 et 13 F. Vallardi, éditeur, Milan, 1892).

J. Dionisio. Contribution à l'étude de la tuberculose nasale. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, décembre 1892).

A. Ducrey. Quatre cas de rhinosclérose, contribution clinique, histologique et bactériologique à l'étude de cette affection, et expérience sur la concurrence vitale entre le bacille du rhinosclérome et le streptocoque de l'érysipèle. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, novembre 1892).

T. S. Flatau. Un cas de carie des parois du sinus sphénoïdal. (*Arch. ital. di lar.*, janvier 1893).

A. Ruault. Note sur un signe de suppuration des cellules ethmoïdales antérieures. (*Arch. ital. di lar.*, janvier 1893).

G. Strazza. Contribution clinique à l'étude des rhinites infectieuses. (*Gazz. degli osp.*, 19 janvier 1893).

G. Ferreri. Les tumeurs malignes de la voûte naso-pharyngienne. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

G. Gradenigo. Sur le massage dans les affections de la muqueuse des premières voies respiratoires. Revue. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

G. Gradenigo. Vertige et pseudo-angine de poitrine comme réflexes du nez. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*; janvier 1893).

L. de Gaetano. Un cas d'épithélioma de l'antre d'Highmore. (*Giorn. int. d. sc. méd.* xiv).

Beccaria. Deux cas d'abcès des sinus frontaux. (*Ann. di oftalm.* p. 359, xxi).

P. Masuoci. Contribution à l'étude de la rhinite pseudo-membraneuse. (*Arch. ital. di ped.*, mars 1893).

V. Cozzolino. Rhinolithé ou calcul nasal avec destruction partielle du septum nasal. (*Morgagni*, mars 1893).

E. de Rossi. Nouvel instrument pour redresser le septum nasal dévié. (*Arch. ital. d'otol.*, Rome, avril 1893).

V. Cozzolino. Un cas de sarcome à cellules polymorphes (simulant un mélanosarcome) du septum nasal osseux, à droite, étendu au plancher de la cavité nasale. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril et juillet 1893).

F. Roncalli. Contribution à la casuistique des tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngienne, avec quelques considérations. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1893).

G. Gradenigo. Revue synthétique sur les névroses réflexes déterminées par les affections nasales. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1893).

G. Strazza. I. Observations bactériologiques sur l'ozène. II. Diagnostic et traitement des maladies des sinus annexes de la cavité nasale. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

A. Fasano. Traitement mercuriel de quelques scrofules du nez, manifestations de la syphilis occulte. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

F. Massol. Traitement des grosses tumeurs naso-pharyngiennes. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

V. Morra. I. Guérison rapide de l'asthme nasal. II. Études cliniques sur l'ozène. (*Soc. ital. di otol. e rhin.*, Rome, octobre 1892).

V. Nicolai. Présentation d'une scie circulaire pour quelques opérations chirurgicales du nez et d'un laryngoscope électrique. (*Soc. ital. di lar. e rhin.*, Rome, octobre 1892).

Poli. Morve chronique à manifestations nasales. (*Soc. ital. di lar. otol. e rhin.* Rome, octobre 1892).

V. Nicolai. Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore. (*Soc. ital. di lar. otol. e rhin.*, Rome, octobre 1892).

F. Felici. La saccarine dans l'ozène nasal. (*Soc. ital. di lar. otol. e rhin.*, Rome, octobre 1892).

J. Dionisio. Sur l'énurésie nocturne due aux altérations naso-pharyngées. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, avril 1893).

G. Strazza. Compte rendu clinique et statistique de la consultation externe pour les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille à l'hôpital Saint-André de Gênes. (*Arch. ital. di otol. rhin. e lar.*, juillet 1893).

G. Gradenigo. et **V. Mattiolo.** Sur un cas de corps étranger du nez. (*Giorn. della r. Accad. di med. di Torino*, mai 1893).

G. Ficano. Kyste muqueux de la fosse nasale droite. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, août 1893).

G. Strazza. Contribution clinique et anatomo-pathologique aux affections de la voûte naso-pharyngée. (*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, octobre 1893).

G. Strazza. Encore un cas de rhinite dite osseuse. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, septembre 1893).

T. Bobone. Deux cas de polypes naso-pharyngiens opérés et guéris par la simple cautérisation galvanique. (*Boll. delle mal. dell'orecchio gola e naso*, septembre 1893).

V. Damato. Lés végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne. (*Thèse de Naples*, 1893).

V. Cajone. Contribution à l'étude des myxômes du nez. (*Thèse de Naples*, 1893).

Arcangeli. Tétanos provenant d'une lésion nasale. (*Riforma med.*, 29 juillet 1893).

A. Breda. Les bacilles et la dégénérescence hyaline dans le rhinosclérome. (*Giorn. ital. delle mal. veneree della pelle*, septembre 1893).

V. Nicolai. Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire. (*Giorn. dello istituto Nicolai*, n° 2, 1893).

Bouche et Pharynx.

C. Poli. Le massage dans quelques affections de la gorge. (*Gazz. degli ospitali*, 16 juin 1892).

E. Sacchi. Contribution au traitement des abcès rétro-pharyngiens. (*Gazz. degli ospitali*, 23 juin 1892).

Ciaceri. Méningite à la suite de l'influenza. Diphtérie des amygdales avec erysipèle facial et grave congestion méningée. (*Gazz. degli ospitali*, 28 juillet 1892).

L. Vanni. Sur un nouveau signe de rétrécissement de l'œsophage. (*Riv. clin. e terap.*, 23 juillet 1892).

U. Pizzoli. Contribution à la casuistique de la maladie de Basedow. (*Gazz. degli ospitali*, 39 août 1892).

Sgobbo. et **Lamari.** Sur la fonction de la glande thyroïde. (*Riv. lin. e terap.*, n° 8, 1892).

G. Capobianco. Thyroïdectomie. (*Riforma med.*, 1^{er} et 2 septembre 1892).

A. Ghetti et **C. Montebelli.** Sur le goître (*Gazz. degli osp.*, 29 octobre 1892).

Salomone. Du goître exophtalmique. (*Gazz. degli osp.*, 18 novembre 1892).

A. Paol. Indications sur le traitement du cancer de la langue et modifications à la méthode Regnoli. Considérations sur trois cas d'amputation totale de la langue. (*Tipog. coop.*, Florence, 1892).

Guirila. Traité italien de pathologie et thérapeutique médicale. Maladies de la cavité buccale et des glandes salivaires. (Vol. V, fasc. 14 et 15, P. Vallardi, éditeur, Milan, 1892).

Masucci. Une visite aux principales cliniques de Belgique, de Hollande, d'Allemagne et d'Autriche. (*Rass. crit. int. del naso, gola ed orecchio*, n° 3, 1892).

L. Piazza. Sur la pharyngite périodique, à propos d'un cas de febricola. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, décembre 1892).

V. Fischella. Considérations critiques et cliniques sur un cas de lupus tuberculeux de la face. (*Gazz. degli osp.*, 10 décembre 1892).

Mercantino. Sur la pharyngo mycose aiguë rhumatismale. (*Gazz. med di Torino*, 8 décembre 1892).

L. Piazza. Angine secondaire de la febricola. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mars 1893).

F. Massel. Diagnostic et traitement de l'abcès rétro-pharyngien idio-pathique chez les enfants. (*Arch. ital. di lar.*, avril 1893).

A. Muggio. Un cas de diphtérie chronique du pharynx. (*Arch. ital. di ped.*, mars 1893).

J. Cantalamessa. Observations et considérations sur la maladie de Basedow. (*Soc. med chir. di Bologna*, 7 avril in *Gazz. degli osp.*, 20 avril 1893).

Caldani. 46 jours de jeûne par suite d'une compression de l'œsophage provenant d'une carie des premières vertères cervicales produite par une collection purulente. (*Gazz. degli osp.*, 27 avril 1893).

G. Pacinotti. et **G. Gallerani.** Spasme réflexe glosso-labio-laryngé provoqué par un corps étranger du nerf occipital gauche. (*Gazz. degli osp.*, 16 mai 1893).

V. Garzia. Pemphigus de la bouche et du pharynx. (*Soc. ital. di lar. otol. et rin.*, Rome, octobre 1892).

S. Marano. I. Les paralysies du voile du palais dans l'influenza. II. Epithélioma primitif de l'amygdale gauche. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

J. Fiaccorini. Angine diphtéritique simple et scarlatineuse (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

Mariocchi. Actinomycose de la bouche et du larynx. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

F. Felici. Modifications des galvano-cautères. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

G. Pacinotti. Note de pathologie comparée relative à l'aphte épizootique. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juin 1893).

A. Damleno. Traitement de la diphtérie. (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1893).

Bernabei. Etiologie et traitement des stomatites. (*Soc. lanciaiana degli osp. di Roma*; in *Gazz. degli osp.*, 11 juillet 1893).

Plecinino. Contribution à la pathogénie de la maladie de Basedow. (*R. Accad. med. chir. di Napoli*, 27 juin; *Gazz. degli osp.*, 18 juillet 1893).

F. P. Paoli. Carcinome de l'amygdale gauche. (*Clin. chirurgica*, n° 2, 1893).

Bottini. L'extirpation du goître dans la maladie de Basedow. (*Clinica chirurgica*, n° 3, 1893).

Giarre. Angine pseudo-membraneuse. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 20 juin; in *Gazz. degli osp.*, 17 août 1893).

G. Mya. De l'infection diphtéritique. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 20 juin; in *Gazz. degli osp.*, 17 août 1893).

T. della Vedova. Sur l'étiologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement du carcinome œsophagien. (*Boll. della Poliambulanza di Milano*, 1893).

Marano. Epithélioma primitif de l'amygdale gauche. (*Arch. intern. delle spec. med. chir.*, 25 août 1893).

P. Masucci. Sur les affections des glandes salivaires. (Naples, Detken, éditeur, 1893).

G. Fano. Fonctions et rapports fonctionnels du corps thyroïde. (*Arch. ital. di clin. med.*, 1893).

A. Damleno. Néoplasies tonsillaires. (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1893).

D. Mandragora. Indications et traitement de l'hypertrophie tonsillaire. (*Thèse de Naples*, 1893).

B. Mattina. L'abcès rétro-pharyngien idiopathique chez les enfants. (*Thèse de Naples*, 1893).

G. d'Alessio. Sur le diagnostic de l'angine diphtéritique. (*Thèse de Naples*, 1893).

G. Mya, Giarre et Pachó. Recherche sur la diphtérie. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 30 juin 1893).

V. Nicolai. L'intubation de l'œsophage. (*Giorn. delle istituto Nicolai*, n° 2, 1893).

E. Bottini. Nouvelle batterie à accumulateurs thermo-galvaniques. (*Clinica chir.*, n° 5, 1893).

G. Chiucini. A propos d'un calcul du canal de Warthon. Considérations sur les calculs de la glande sous-maxillaire. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, décembre 1893 et janvier 1894).

Larynx et Trachée.

Toti. Extirpation partielle du larynx pour un carcinôme intrinsèque. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 12 mai; in *Gazz. degli ospitali*, 14 juin 1892).

A. B. Leone. La sangsue haémopis vorax dans le larynx. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juillet 1892).

V. Nicolai. L'intubation du larynx. (Broch. de 23 pages, Tipog. L. F. Cogliati. Milan, 1892).

F. Massei. et **A. Damieno.** Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la pachydermie du larynx. (*Arch. ital. di laringol.*, juillet 1892).

F. Massei. L'intubation du larynx chez les adultes. (*Arch. ital. di laringol.*, juillet 1892).

D. Bajardi. Contribution à l'étude des résultats statistiques de la trachéotomie. (*Arch. ital. di pediatria*, fasc. III et IV, 1892).

G. Ficano. Sangsue dans la trachée. Extraction par les voies naturelles. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, septembre 1893).

E. Orecchia. Laryngectomie complète dans un cas de cancer. (*Riforma med.*, 31 août 1892).

G. Masini. Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs après une trachéotomie pour le croup. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1892).

P. Masuocci. A propos du cas de sangsue dans la trachée, publié par G. Ficano. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre 1892).

G. Turazza. Trachéotomie pour corps étranger de la trachée et de la bronche droite. (*Gazz. degli osp.*, 11 octobre 1892).

A. Catterina. Sténose laryngée typhique. Suffocation menaçante. Crico-trachéotomie, guérison. (*Morgagni*, octobre 1892).

O. Ascenso. Intubation dans la paralysie laryngée hystérique. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso* novembre, 1892).

T. Bobone. Le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée par les remèdes nouveaux. (*Archivio intern.*, Naples, 1892).

Masuocci. Contribution à l'étude des tumeurs sous-glottiques. (*Rass. crit. intern. delle mal. del naso, gola ed orecchio*, n° 3, 1892).

V. Grazi. Discours inaugural lu à l'Université Royale de Rome dans la séance du 26 octobre du 1^{er} congrès de la Soc. ital. de lar. otol. et rhin. (Broch. de 8 pages; tipog. cooperativa, Florence, 1892).

G. Nuvoli. Leçons cliniques sur les maladies de la gorge. (Un vol. de 320 pages, A. Piccolo, éditeur, Rome, 1893).

A. Trifiletti. Importance de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie pour le médecin praticien. Considérations et proposition. (*Arch. ital. di lar.*, janvier 1893).

F. Egid. Deux cas de croup chronique. (*Arch. ital. di lar.*, janvier 1893).

F. Egid. Epithélioma du larynx. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1893).

O. Compairod. Sur l'arthrite crico-aryténoïdienne aigue et suraiguë de nature rhumatismale. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1893).

G. Masini. Sur la physio-pathologie de l'innervation du larynx. (*Boll. della R. Accad. med. di Genova*, n° 1, vol. viii, 1893).

G. Ferreri. Nouveaux instruments pour le larynx. (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier 1893).

Poli. Abscès péri-laryngien provenant d'une actinomycose. (*Gazz. degli ospitali*, 14 mars 1893).

F. Egidi. 82 trachéotomies et 84 intubations Contribution à la statistique. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mars et avril 1893).

Totti. De l'importance du diagnostic précis et rapide du siège et de l'intervention rapide dans les suppurations extra laryngées compliquées d'œdème de la glotte. (*Sperimentale*, xlii, 2).

V. Grazi. Sur un cas de laryngite chronique. (*Gazz. degli osp.*, 22 avril 1893).

G. Ferreri. Névroses laryngées consécutives à quelques opérations gynécologiques. (*Arch. ital. d'otol. lar. e rin.*, avril 1893).

A. Ricci. Trachéotomie et intubation chez les enfants grandelets atteints du croup. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mai 1893).

A. Fasano, V. Grazi et F. Massei. Compte-rendu du 1^{er} congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, tenu à Rome les 26, 27 et 28 octobre 1892. (Un vol. de 245 pages; *tipog. cooperativa*, Florence, 1892).

F. Massei. I. Nouveaux tubes à intubation. II. Phases, nature et traitement des papillômes du larynx. (*Soc. ital. de lar. otol. et rin.*, Rome, octobre 1892).

L. Ajello. Phénomènes laryngés et trachéaux dans le goitre. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

A. Damieno. Note histologique sur un cas de pachydermie du larynx. (*Soc. ital. de lar. otol. et rin.*, Rome, octobre 1892).

A. Fasano. Nouvelle contribution à la symbiose de la syphilis et de la tuberculose laryngée. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

G. Ficano. Un cas de mutisme hystérique. (*Soc. ital. di lar. otol. et rin.*, Rome, octobre 1892).

P. Masucci. Contribution au traitement local des paralysies hypokinétiques du larynx. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

V. Nicolai. I. Néoformation laryngée. II. Traitement de la phthisie laryngée. (*Soc. ital. di lar. otol. e rin.*, Rome, octobre 1892).

G. Massarotti. L'intubation du larynx chez les enfants et chez les adultes. Leçons cliniques de F. Massei, sténographiées, revues et augmentées par l'auteur. (Un vol. avec 21 figures intercalées dans le texte, F. Lezzi, éditeur, Naples, 1893).

G. Lepore. Intubation et trachéotomie dans le croup. (*Arch. ital. di lar.*, juillet 1893).

G. Strazza. Sur un cas de sténose trachéale. (*R. Accad. med. chir. di Genova*, 19 juin; in *Gazz. degli osp.*, 4 juillet 1893).

- G. Masini.** Nouvelles recherches expérimentales sur les centres moteurs corticaux du larynx. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, juillet 1893).
- G. Masini.** Examen du larynx de 50 prostituées. (*Arch. di psichiatría*, 1893).
- G. Masini.** Une aiguille dans le larynx. (*Gazz. degli osp.*, 5 août 1893).
- U. Coradeschi.** Un cas de mutisme hystérique périodique en rapport avec la période menstruelle. (*Gazz. degli osp.*, 12 août 1893).
- Masucci.** La trachéotomie dans le croup. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 20 juin ; in *Gazz. degli osp.*, 17 août 1893).
- G. Strazza.** Contribution clinique et anatomo-pathologique aux sténoses trachéales intrinsèques. (*Arch. ital. di lar.*, octobre 1893).
- F. Capuani.** Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du larynx et spécialement des fibrômes kystiques. (*Thèse de Naples*, 1893).
- G. de Matteis.** Deux cas de sténose trachéale produits par la syphilis tardive. (*Thèse de Naples*, 1893).
- V. Petruzzì.** Intubation ou trachéotomie dans les sténoses laryngées. (*Thèse de Naples*, 1893).
- G. Combattelli.** Un cas de laryngite. (*Thèse de Naples*, 1893).
- G. Sabatini.** Quatre cas de tumeurs malignes du larynx. (*Thèse de Naples*, 1893).
- G. Bruno.** La syphilis laryngée et ses formes. (*Thèse de Naples*, 1893).
- F. Scuderi.** Traitement local de la tuberculose laryngienne. (*Thèse de Naples*, 1893).
- Giarsé.** Recherches bactériologiques dans 27 cas de vrai croup et dans 5 cas de faux croup. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 30 juin 1893).
- A. Nannotti.** Nouvelle méthode destinée à favoriser l'extraction de la canule chez quelques trachéotomisés à la suite d'une laryngite post-typhiques. (*Morgagni*, août 1893).
- E. Morselli.** Le mutisme vésanique. (*Gazz. degli osp.*, 28 octobre 1893).
- A. Gutzmann.** Du bégaiement et de sa guérison. Traduction italienne de C. Biaggi. (Un vol de 102 pages, *tipog. Capriolo et Massimino, Milan*, 1893).
- Della Vedova.** Erysipèle primitif du larynx suivi de phlegmon profond du cou. (*Giorn. dello istituto Nicolai*, n° 2, 1893).
- L. Lucatello.** Contribution à la pathogénie des affections laryngées dans la fièvre typhoïde. (*Gazz. degli osp.*, 4 novembre 1893).
- E. Morselli.** Les altérations de la voix dans les maladies mentales en rapport avec l'état psychique. (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, novembre 1893).
- C. Abate.** Contribution au diagnostic de la laryngite goutteuse. (*Archivio intern.* fasc. vi, juin 1893).
- Papinio.** Paralysie laryngée périphérique d'origine typhoïde et deux observations de polynévrite. (*Riv. veneta di sc. med.*, mars 1893).
- F. Massel.** Dispensaire de Laryngologie de l'Université royale de Naples à l'hôpital Clinique, Compte rendu de l'année scolaire 1892-93

(xii^e année d'enseignement), rédigé par A. TRIFILETTI, adjoint à la clinique, avec la collaboration de V. GARZIA et A. DAMIENO, assistants ; et de L. AJELLO, G. ISAIA et R. BORGONI, assistants volontaires. (Broch. de 57 pages, *tipog. meridionale*, Naples, 1893).

G. Ferreri. Deux cas d'abcès du larynx. (*Arch. ital. di otol., rin. e lar.*, janvier 1894).

A. Toti. I. Un cas très étrange de bruit inspiratoire se produisant à l'intérieur du larynx. II. Diagnostic et traitement du cancer primitif du larynx. (*Riv. di patol. e terap. delle mal. dellagola, del naso e dell'orecchio*, janvier 1894).

NOUVELLES

Dans sa séance annuelle, la *Société de Chirurgie de Paris* a décerné le *prix Laborie* à MM. BROCA et MAUBRAC pour leur travail intitulé : « Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, envisagés spécialement au point de vue de leur traitement. »

Le 26 octobre 1893, a succombé, à Riga, un otologiste connu, le Dr WALDEMAR POORTEN. Né en 1833, il avait été l'élève de GRUBER et von TRÖLTCH.

La réunion annuelle de la *Société de Laryngologie de Londres* a eu lieu le 10 janvier. En l'absence du président SIR GEORGE JOHNSON, le fauteuil a été occupé par le Dr F. SEMON.

Le bureau élu pour l'année prochaine se compose de :

F. SEMON, *président* ; P. MAC BRIDE et W. MAC NEILL WHISTLER, *vice-présidents* ; H. T. BUTLIN, *trésorier* ; F. DE HAVILLAND HALL, *archiviste* ; E. CLIFFORD BEALE et SCANES SPICER, *secrétaires* ; E. CRESSWELL BABER, A. BRONNER, J. DUNDAS GRANT, MARK HOVELL, C. J. SYMONDS, *membres du conseil*.

La *Société de Médecine de l'Etat de New-York* s'est réunie à Albany les 6, 7 et 8 février ; nous relevons au programme les communications suivantes :

Discussion sur la diphtérie, ouverte par A. WALTER SUITER ; état présent de la pathologie, par T. E. SATTERNTHWAITE (New-York) ; observations sur le diagnostic, par A. W. SUITER (Herkimer) ; croup et diphtérie, unité ou dualité, par W. H. DALY (Pittsburgh) ; état com-

paré de l'intubation du larynx, par J. O'DWYER (New-York); intubation laryngienne compliquée, par W. HACLES (Albany); traitement local, par A. JACOBY (New-York); traitement général, par E. F. BRUSH Mount Vernon); emploi de l'émétique tartrique dans la diphtérie, par H. DE V. PRATT (Elmira). Méthodes nouvelles de gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, par W. MEYER (New-York).

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 2 février :

Abscès chroniques de l'amygdale, par CARTAZ.

Réflexes auriculaires, par BONNIER.

Rapport sur la candidature du Dr Colin, par GILLES.

Une *Société de Laryngologie et d'Otologie* vient de se constituer à Budapest sous la présidence de NAVRATIL; BOKE, *vice-Président*; POLYAK, *secrétaire*; LICHTENBERG, *bibliothécaire*; KREPUSKA, *trésorier*. Dans la première séance qui a eu lieu le 25 janvier, les communications suivantes ont été lues: Corps étranger de l'oreille, par VALI; traitement opératoire des tumeurs papillaires du larynx, par NAVRATIL; Emploi de l'eau froide dans les affections de l'oreille, par BOKER; Rapport du nerf accessoire avec le larynx, par ONODI.

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue mensuelle de Stomatologie*, publiée sous la direction du Dr MAGITOT. *Principaux collaborateurs*: les Drs CRUET, FERRIER, FREY, HUGENSCHMIDT, MAUREL, CL. MARTIN, PIETKIEWICZ, REDIER et THOMAS. *Secrétaire général*, Dr JARRE.

Une section de *Laryngologie et d'Otologie* a été récemment organisée au *Collège des médecins de Philadelphie*. Le Dr J. SOLIS-COHEN est *président du comité exécutif*; le Dr HARRISON ALLEN, *président de la section* et le Dr C. M. BURNETT CLERK, *secrétaire du comité exécutif*. Les Drs B. A. RANDALL et J. SOLIS-COHEN ont fait des communications à la première séance.

Le Ministre de l'Instruction publique vient de nommer la délégation qui représentera la France au congrès de Rome. Elle se compose de :

M. Brouardel;

M. Marcel Baudouin, secrétaire général du comité français du congrès;

- M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine ;
 MM. Bouchard, Charpentier, Chauveau, Cornil, Gariel, Pinard,
 Proust, membres de l'Académie de médecine ;
 M. Decori, avocat à Paris ;
 M. Gellé, membre de la Société d'otologie et de laryngologie de Paris ;
 M. Vignes, membre de la Société d'ophtalmologie de Paris.
-

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes. Dysphagie prolongée, par H. Carbonnier (Broch. de 67 pages, A. Rey, imprimeur, Lyon, 1894).

Otites moyennes suppurées chez les nourrissons, par H. Kessel (Tirage à part des *Charité Annalen*, V. XVIII).

Des hémorragies du larynx (hémorragies vraies, hémorragies sous-muqueuses), par G. Danet (Broch. de 78 pages, H. Jouve, éditeur, Paris, 1894).

Etude sur la laryngite syphilitique secondaire, par H. Mendel (Broch. de 88 pages G. Steinheil, éditeur, Paris, 1894).

Les maladies des voies aériennes supérieures, par Moritz Schmidt (Un vol. de 727 pages, avec 132 figures dans le texte et 7 planches, cartonné à l'anglaise, J. Springer, éditeur, Berlin, 1894).

Manuel opératoire de la laryngectomie sans trachéotomie préalable (Application du procédé quand la trachéotomie a été faite comme traitement palliatif), par E. V. Perruchet. (Broch. de 72 pages, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1894).

Les lésions de l'appareil auditif dans le tabes cérébro-spinal vulgaire et syphilitique, par V. Cozzolino. (Extrait de l'*Archiv. Clin. e. terap.* n° 1, 1894).

Hystérie associée aux lésions organiques de l'oreille, par G. Gradenigo. (Extrait de la *Gazz. degli osp.* n° 116, 1893).

Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées, par A. Terson. (Extrait du *Recueil d'ophtalmologie*, septembre et novembre, 1893).

Tumeurs non malignes du larynx, par W. Sheppegrell (Extrait du *New Orleans med. and surg. journ.* Novembre, 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

